

คณะที่ ๓

การพัฒนาระบบบริหารจัดการ

- การบริหารการเงินการคลัง
- การบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์มีใช้ยา
- การพัฒนาบุคลากร
- ธรรมาภิบาล

กลุ่มคลังและพัสดุ สป.

กลุ่มประกันสุขภาพ สป.

กลุ่มตรวจสอบภายใน สป.

สถาบันพระบรมราชชนก สป.

สำนักบริหารการสาธารณสุข สป.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สป.

กลุ่มเสริมสร้างวินัยและระบบคุณธรรม สป.

ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริตกระทรวงสาธารณสุข

สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

สำนักตรวจและประเมินผล

สรุปผลการตรวจราชการกรณีปกติระดับกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙

คณะที่ ๓ การพัฒนาระบบบริหารจัดการ

.....

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

การพัฒนาระบบบริหารจัดการ เพื่อสนับสนุนการจัดบริการ เป็นระบบสนับสนุน การขับเคลื่อน ยุทธศาสตร์ระบบบริการของกระทรวงสาธารณสุข หากระบบบริการให้เข้มแข็งและมีประสิทธิภาพ จะช่วย สนับสนุนบริการที่มีคุณภาพ ส่งผลต่อเป้าหมายหลัก ที่มุ่งเน้นให้ประชาชนมีสุขภาพดี ระบบบริหารจัดการนั้น มีการวางกลยุทธ์ขับเคลื่อนงานโดยแผนการตรวจราชการ ๔ ประเด็นสำคัญ คือ การพัฒนาบุคลากร การ ส่งเสริมระบบธรรมาภิบาล การบริหารยาและเวชภัณฑ์มีใช้ยา การบริหารการเงินการคลัง ผลการตรวจ ราชการมีรายละเอียดดังนี้

๑. การพัฒนาบุคลากร

กระทรวงสาธารณสุขได้ขับเคลื่อนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพโดยเขตสุขภาพ เน้นการบริหาร จัดการแบบมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนของหน่วยงานในพื้นที่ เพื่อให้เขตสุขภาพสามารถจัดบริการได้อย่างไร รยต่อ (Seamless Service Network Management) จัดบริการได้ภายในเขตสุขภาพ (Self Contained) และจัดระบบส่งต่อตามศักยภาพของสถานบริการแต่ละระดับภายในเขตสุขภาพ(Referral Cascade Management System)

๑. การดำเนินงานตามกรอบประเด็นมุ่งเน้น ๓ ประเด็น

๑.๑ การจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรโดยการมีส่วนร่วมจากพื้นที่ (Integrate & Participation) ครอบคลุมปัญหาทั้งบริหาร บริการ และสนับสนุนการปรับโครงสร้างของหน่วยงานที่รับผิดชอบการพัฒนา บุคลากร และดำเนินการพัฒนาบุคลากรของหน่วยงานตนเอง ดำเนินการได้ครบทุกเขตสุขภาพ

๑.๒ กลไกและระบบสนับสนุนที่ส่งผลให้การพัฒนาบุคลากรมีประสิทธิภาพเกิดผลสัมฤทธิ์ตาม เป้าหมายที่กำหนดไว้ (System : Input ,Process ,output/outcome ,Feedback) ดำเนินการได้ครบทุก เขตสุขภาพ จังหวัดทุกแห่งมีการสื่อสาร ประชุมชี้แจงให้จังหวัดทราบแนวทางการพัฒนาบุคลากรของเขต แต่ ฐานข้อมูลขาดการเชื่อมโยงกันระหว่างข้อมูล แผนการจัดการและการพัฒนาอัตรากำลัง (Human Resource Management : HRM & Human Resource Development : HRD) และยังไม่ เชื่อมโยงฐานข้อมูลระหว่างจังหวัดและเขตสุขภาพและหลายเขตสุขภาพ ยังต้องวางแผนจัดอบรมให้กับ บุคลากรที่ปฏิบัติงานให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรอย่างเพียงพอ

๑.๓ การกำกับ ติดตามการบริหารจัดการการพัฒนาบุคลากรของจังหวัด ส่วนใหญ่จังหวัดจะ กำหนดแผนกำกับ โดยลงพื้นที่ติดตามผลงานทุก ๖ เดือน แต่ยังขาดการวิเคราะห์เสนอผลการพัฒนาบุคลากร ปัญหา/อุปสรรค และแนวทางแก้ไข เสนอต่อผู้บริหารเขตสุขภาพ/จังหวัดทราบอย่างต่อเนื่อง

๒. ปัจจัยความสำเร็จ (Key Success) การสนับสนุนจากผู้บริหาร โครงสร้างที่ชัดเจน การ สื่อสาร กลไกการขับเคลื่อน การกำกับติดตามที่มีประสิทธิภาพ

๓. ปัญหาอุปสรรค การปรับเปลี่ยนโครงสร้าง ตำแหน่งงานบริหารบุคคลที่ไม่ชัดเจน ข้องจำกัดความรู้ ความเข้าใจของผู้รับผิดชอบที่ต้องจัดทำแผนให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) การบูรณาการ ภายในหน่วยงาน ขาดระบบฐานข้อมูลด้านการพัฒนาบุคลากรที่เชื่อมโยงระดับเขตสุขภาพ

๔. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและโอกาสพัฒนา การเพิ่มศักยภาพบุคลากรผู้ปฏิบัติระดับจังหวัดให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพัฒนาบุคลากรอย่างเพียงพอ และสอดคล้องกับนโยบายที่กำหนด การพัฒนาฐานระบบข้อมูลการพัฒนาบุคลากรระดับเขตสุขภาพ การบูรณาการแผนรองรับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพจะช่วยสนับสนุนทิศทางการขับเคลื่อนงานตามแผนการตรวจราชการได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งระบบ

๒. ระบบธรรมาภิบาล

๒.๑ การเสริมสร้างและพัฒนาบุคลากรของหน่วยงานให้มีวินัยและป้องกันการกระทำผิดวินัย

การเพิ่มประสิทธิภาพของกลไกด้านการบริหารจัดการในระดับชาติและระดับองค์กรทั้งในภาครัฐและเอกชนรวมถึงการทุจริตและการกระทำผิดวินัย คุณธรรม จริยธรรมในวิชาชีพ เป็นการส่งเสริมให้หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งหน่วยงานในเขตบริการสุขภาพ ทุกระดับมีความเข้มแข็งในการบริหารงาน และการจัดการภายในที่มีประสิทธิภาพ โปร่งใส ตรวจสอบได้และเป็นธรรม และโดยกำหนดแนวทางเพื่อการพัฒนาตามกรอบ

๑. ประเด็นการตรวจราชการ : การเสริมสร้างและพัฒนา บุคลากรของหน่วยงานให้มีวินัยและป้องกันการกระทำผิดวินัย กำหนดหน่วยงานรับตรวจฯ ระดับจังหวัด คือ สสจ. และ รพท./ รพศ. ดำเนินการ ๕ ขั้นตอน คือ (๑) การประชุมชี้แจง (๒) แต่งตั้งคณะกรรมการ (๓) หน่วยงานวิเคราะห์ปัญหาทางด้านวินัย (๔) หน่วยงานดำเนินการตามแผนฯและป้องกันการกระทำผิดวินัย ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๕ ของจำนวนกิจกรรม/โครงการ (๕) หน่วยงานดำเนินการตามแผนฯ ครบถ้วนทุกกิจกรรม และประเมินผล พร้อมจัดทำรายงานสรุปผลการดำเนินการตามแผนฯ

๒. ผลการดำเนินการพบว่าหน่วยรับตรวจ (สสจ./ รพท./รพศ.) ทั้งหมดจำนวน ๑๙๒ หน่วยรับตรวจ ดำเนินการแล้ว จำนวน ๑๘๙ หน่วยรับตรวจ คิดเป็นร้อยละ ๙๘.๔๔ ยังไม่ได้ดำเนินการ จำนวน ๓ หน่วยรับตรวจ ซึ่งเป็นหน่วยงานที่เพิ่งยกฐานะใหม่

๓. ปัจจัยสำคัญทำให้การดำเนินงาน ไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดคือ ข้อจำกัดด้านงบประมาณ อัตราค่าจ้างเจ้าหน้าที่ และความเข้าใจต่อแนวทางปฏิบัติ และการให้ความสำคัญของผู้บริหารของหน่วยงาน ซึ่งเป็นประเด็นความเสี่ยงที่สำคัญ

๔. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย การกำหนดเป็นนโยบายสำคัญต้องขับเคลื่อน และเป็นในทิศทางเดียวกันในการเสริมสร้างและพัฒนา บุคลากรให้มีวินัยและป้องกันการกระทำผิดวินัย การสนับสนุนโครงการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) ทุกหน่วยงาน

๒.๒ หน่วยงานคุณธรรม

๑. สถานการณ์ การดำเนินงานหน่วยงานคุณธรรมในเขตสุขภาพ มีการรับทราบนโยบายและกำหนด แนวทางการดำเนินงานในหลากหลายรูปแบบ เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงานสู่หน่วยงานคุณธรรม ในภาพรวมพบว่า มีความก้าวหน้าในการดำเนินการเพิ่มขึ้นจากเดิม เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเขต และขยายผลการดำเนินงานได้ต่อเนื่อง

๒. ประเด็นการตรวจราชการ มีการกำหนดเป็นกรอบแนวทางการดำเนินการ ๕ เรื่อง คือ ๑) นโยบายของผู้นำองค์กร ๒) การประกาศอัตลักษณ์ ๓) มีแผนและการดำเนินการตามแผน ๔) มีการติดตามประเมินผล ๕) มีการพัฒนาต่อยอด

๓. ผลการตรวจราชการ ในการตรวจราชการรอบที่ ๒ ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ มีการปรับปรุงแบบตรวจราชการ ๑ และ ๒ และมีการคืนข้อมูลให้พื้นที่เขตสุขภาพและผู้มีบทบาทเป็นแนวทาง ในการพัฒนา

หน่วยงานและการตรวจราชการในปีงบประมาณต่อไป โดยผลการตรวจราชการตามเป้าหมาย ๙ เดือนแรก ในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ แสดงดังตาราง

หน่วยงาน	เป้าหมาย	ผลงานรอบ ๙ เดือน
๑. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งมีการดำเนินการเป็นโรงพยาบาล/หน่วยงานคุณธรรม	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๙๐
๒. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ มีการดำเนินการหน่วยงานคุณธรรม	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๔๐
๓. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการดำเนินการโรงพยาบาลคุณธรรม	ร้อยละ ๓๐	ร้อยละ ๒๐
๔. สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ มีการดำเนินการหน่วยงานคุณธรรม	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๘๐
๕. หน่วยงานมีความก้าวหน้าในการดำเนินงานพัฒนาโรงพยาบาลคุณธรรม/หน่วยงานคุณธรรมเพิ่มจากเดิม อย่างน้อย ๑ ระดับ		ร้อยละ ๑๐๐
๖. มีหน่วยงานคุณธรรมต้นแบบอย่างน้อยเขตละ ๑ หน่วยงาน		ร้อยละ ๑๐๐

๔. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ที่สำคัญคือ การประกาศนโยบายโดยผู้นำสูงสุดของหน่วยงาน การมีส่วนร่วมของบุคคล/องค์กร/เครือข่าย การติดตามและสนับสนุนโดยผู้บริหารอย่างต่อเนื่องผู้รับผิดชอบชัดเจน

๕. ปัญหาอุปสรรคที่พบ คือ ผู้บริหารหรือผู้รับผิดชอบไม่เห็นความสำคัญ เข้าใจแนวทางการดำเนินงานหน่วยงานคุณธรรมไม่ตรงกัน ส่งผลต่อการนำไปสู่เป้าหมายการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม งบประมาณที่จำกัด การดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง ข้อจำกัดของระบบการรวบรวมหลักฐาน/ผลลัพธ์ของการพัฒนาหน่วยงาน ทำให้ไม่มีข้อมูลเชิงประจักษ์

๖. ข้อเสนอที่หน่วยงานควรดำเนินการ คือ จัดทำระบบในการบันทึกและจัดการข้อมูล เพื่อเป็นฐานข้อมูลในการติดตามผลการดำเนินงาน เขตสุขภาพหรือจังหวัดชี้แจงทำความเข้าใจแนวทางการดำเนินงานแก่ผู้เกี่ยวข้องทุกระดับเพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน และดำเนินการไปในทางเดียวกัน และขับเคลื่อนพร้อมกันทั้งเขตสุขภาพ การจัดทำข้อมูลหน่วยงานต้นแบบ หรือหน่วยงานที่มีโอกาสพัฒนาเป็นหน่วยงานต้นแบบ ระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ และสนับสนุนให้หน่วยงานต้นแบบจัดทำคู่มือเผยแพร่เป็น model ของหน่วยงานเพื่อเป็นแหล่งศึกษาดูงาน การบูรณาการกับเครือข่ายอื่นๆ เป็นต้น

๗. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและโอกาสนั้น การให้ความสำคัญเชิงนโยบายและมีการติดตามประเมินผล การจัดระบบพี่เลี้ยงการดำเนินงานเป็นเครือข่าย การกำหนดเกณฑ์การประเมินผล และมีตัวชี้วัดที่ชัดเจน การสร้างขวัญกำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงานในรูปแบบต่างๆ การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นการกระตุ้นและทำให้เกิดพลังในการขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่อง กำหนดเป็นหลักสูตรพื้นฐานในสถานศึกษา บรรจุเนื้อหาในการอบรมระยะสั้นทุกระดับ ตลอดจนการพัฒนาหลักสูตรผู้บริหารระดับต้น ระดับกลาง นักบริหารระดับสูง และหลักสูตรอื่นๆ ตามความเหมาะสม การสื่อสารผ่านช่องทางที่หลากหลายในองค์กร การมีส่วนร่วมของบุคลากรจะช่วยส่งเสริม ให้การพัฒนาประสบความสำเร็จ

๒.๓ การตรวจสอบภายใน

การตรวจสอบภายในเป็นกิจกรรมการให้ความเชื่อมั่นและการให้คำปรึกษาอย่างเที่ยงธรรมและเป็นอิสระ ซึ่งจัดให้มีขึ้นเพื่อเพิ่มคุณค่าและปรับปรุงการปฏิบัติงานของส่วนราชการให้ดีขึ้น ช่วยให้ส่วนราชการ

บรรลุถึงเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ด้วยการประเมินและปรับปรุงประสิทธิภาพของกระบวนการบริหารความเสี่ยง การควบคุมภายใน

๑. สถานการณ์ พบว่าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้ง ๗๖ จังหวัด มีแผนการตรวจสอบภายในประจำปี พ.ศ. ๒๕๕๙ และ แผนการตรวจสอบภายในครอบคลุมทุกระดับตั้งแต่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บางจังหวัดได้จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการตรวจสอบภายในภาคีเครือข่ายระดับอำเภอ เพื่อตรวจสอบหน่วยบริการให้ครบถ้วนทุกแห่ง เป็นไปตามนโยบายที่กำหนด คณะกรรมการตรวจสอบภายในภาคีเครือข่ายระดับจังหวัดแจ้งผลการตรวจสอบให้หน่วยรับตรวจทราบ เพื่อปรับปรุงแก้ไขแต่ยังไม่ครบถ้วน และไม่ปฏิบัติตามระยะเวลาที่กำหนด ควรมีมาตรการควบคุมกำกับเร่งรัดให้หน่วยรับตรวจส่งรายงานแจ้งผลการปรับปรุงและแก้ไขตรวจสอบตามแผนฯ ร้อยละ ๑๐๐ ให้แล้วเสร็จรอบใน ๙ เดือน ซึ่งส่วนมากดำเนินการตรวจสอบเสร็จ แต่ไม่ได้สรุปรายงานผลการตรวจสอบเสนอต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และบางจังหวัดก็มีแผนการตรวจสอบถึงเดือนกันยายน ๒๕๕๙ สำหรับการวิเคราะห์ปัญหาเพื่อวางระบบแก้ไขปัญหในภาพรวมจังหวัดอยู่ระหว่างดำเนินการ

๒. ปัจจัยความสำเร็จ (Key Success) การสนับสนุนจากผู้บริหารให้มีการตรวจสอบภายในภาคีเครือข่ายระดับจังหวัด การเร่งรัดติดตามผลการตรวจสอบภายในและควบคุมภายในของหน่วยบริการเพื่อการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลอันเป็นประโยชน์ต่อจังหวัด ซึ่งคณะกรรมการตรวจสอบภายในภาคีเครือข่ายระดับจังหวัดต้องวิเคราะห์ปัญหาในการวางระบบแก้ไขปัญหในภาพรวมจังหวัด

๓. ปัญหา/อุปสรรคที่พบ พบว่าคณะกรรมการตรวจสอบภายในภาคีเครือข่ายที่ได้รับการแต่งตั้ง มีภาระงานหลักที่ต้องรับผิดชอบ ไม่สามารถร่วมตรวจสอบกับคณะฯได้ครบถ้วนทุกหน่วยงาน ข้อตรวจพบเป็นปัญหาเดิม ที่หน่วยรับตรวจได้แก้ไขเฉพาะปัญหาที่ถูกทักท้วง ไม่ได้นำผลการทักท้วงไปปฏิบัติเชิงระบบ การให้ความสำคัญต่อระบบการควบคุมภายในและการตรวจสอบภายในของผู้ปฏิบัติงาน การเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบทำให้ขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน ข้อจำกัดของระยะเวลาในการปฏิบัติงานตรวจสอบภายในหากเหมาะสม จะทำให้การตรวจสอบเกิดผลในเชิงคุณภาพมากกว่าปริมาณ

๔. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและโอกาสพัฒนา เสนอว่า จัดให้มีโครงสร้างงานตรวจสอบภายในประจำสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ขึ้นตรงต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด กำหนดให้มีตำแหน่งผู้ตรวจสอบภายใน ระดับจังหวัดเพื่อให้การตรวจสอบภายในที่เกิดประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ส่งเสริมพัฒนาผู้ที่ทำหน้าที่การตรวจสอบภายในทุกระดับ สนับสนุนการบริหารจัดการเพื่อให้งานตรวจสอบภายใน มีความต่อเนื่อง เพื่อลดความเสี่ยงขององค์กรในภาพรวม ให้ความสำคัญต่อข้อทักท้วงที่เกิดจากการติดตามผลการตรวจสอบภายใน โดยกำหนดเป็นนโยบายเร่งด่วนเพื่อลดความเสี่ยงและผลกระทบที่รุนแรง

๓. การบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพสมเหตุสมผล และมีจริยธรรม

๑. สถานการณ์ จากการตรวจราชการพบว่าเขตสุขภาพมีการบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาประเภทต่างๆ ในหน่วยงานทุกระดับ มีการแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อจัดซื้อร่วม และแต่งตั้งคณะทำงานแยกตามหมวดเวชภัณฑ์ ยกเว้นบางเขตที่ยังไม่มีคณะกรรมการด้านเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา จังหวัดส่วนใหญ่มีการจัดทำกรอบบัญชีรายการยาที่สอดคล้องและลดหลั่นกันตามระดับของโรงพยาบาลตามประเภทของ Service plan สำหรับกรอบบัญชีรายการเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาที่มีการจัดทำแล้วเพียงบางประเภท โรงพยาบาลทุกแห่งมีการจัดทำแผนการจัดซื้อจัดจ้างยา และเวชภัณฑ์ประเภทต่างๆ ประจำปี ๒๕๕๙ การดำเนินงานร้อยละ ของมูลค่าการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา ร้อยละ ๒๐ ผลการดำเนินงานไตรมาสที่ ๑-๓ คือ ยา ร้อยละ ๒๕.๒๒ เวชภัณฑ์ ร้อยละ ๒๔.๙๖

๑.๑ การจัดซื้อร่วม มีการดำเนินการจัดซื้อร่วมยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาทั้งในระดับเขตและจังหวัด ผลการดำเนินงานในภาพรวมของยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา ไตรมาส ๑-๓ ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ พบว่า มีการจัดซื้อร่วม ยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา เป็นมูลค่า ๘,๔๑๘.๖๙ ล้านบาท จากมูลค่าการจัดซื้อทั้งหมด ๓๓,๕๐๓.๙๖ ล้านบาท คิดเป็น ร้อยละ ๒๕.๑๓ (ยา ร้อยละ ๒๕.๒๒ และเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา ร้อยละ ๒๔.๙๖) โดยเขตที่มีการดำเนินงานตามเป้าหมายที่กำหนด ได้แก่ เขต ๑, ๒, ๕, ๗, ๘, ๙, ๑๑ และ ๑๒ จังหวัดส่วนใหญ่มีแผนสำรองร่วม/คลังร่วมยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาประเภทเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ โดยโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลแม่ข่าย (Node) เป็นคลังสำรองให้กับโรงพยาบาลชุมชนในยาและเวชภัณฑ์เวชภัณฑ์รายการที่ใช้บ่อย ระบบรายงาน ดำเนินการตามช่วงเวลาที่กำหนดรวมทั้ง รายงานผลการดำเนินงานฯ รายไตรมาสให้ศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์ กระทรวงสาธารณสุข (DMSIC) ทางเว็บไซต์ <http://dmsic.moph.go.th> โดยพบว่าหน่วยงานส่วนใหญ่มีการรายงานข้อมูลด้านยาค่อนข้างครบถ้วน ทันเวลา แต่ด้านเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาประเภทต่างๆ ยังมีการรายงานค่อนข้างต่ำ

๑.๒ การพัฒนาประสิทธิภาพด้านการสั่งใช้ยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาอย่างสมเหตุผล โรงพยาบาลส่วนใหญ่โดยเฉพาะโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปมีระบบกำกับประเภณการใช้ยา (DUE) โดยเฉพาะยาปฏิชีวนะ และกลุ่มยาราคาแพง มีการเข้าร่วมโครงการ Rational Drug Use Hospital ของโรงพยาบาลในบางเขต เช่น เขตสุขภาพที่ ๑, ๑๐, ๑๒ มีการดำเนินโครงการ Antibiotic smart use (ASU) ในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน (URI) โรคท้องร่วงเฉียบพลัน (AGE) แต่ในส่วนหนึ่งของเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา ยังไม่มีระบบการกำกับประเภณการใช้ที่เป็นรูปธรรมชัดเจน

โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป มีการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้แล็บเพื่อเสนอผู้บริหารและองค์กรแพทย์พิจารณาติดตามกำกับและประเภณการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล เช่น HbA_{1c}, micro albumin, Thyroid/Kidney/Liver Function test, Hemoculture เป็นต้น มีการประชุมร่วมกันระหว่างห้องปฏิบัติการทางการแพทย์และองค์กรแพทย์ มีการกำหนดเกณฑ์ในการส่งแล็บภายในโรงพยาบาลและกรณีต้องส่งต่อแต่โรงพยาบาลชุมชนยังไม่มีมีการดำเนินการ และโรงพยาบาลระดับจังหวัดเพียงบางแห่งมีแนวทางการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (Lab smart use) และมีการติดตามประเภณผลโดยคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง

๑.๓ หน่วยบริการต่างๆ มีการจัดทำประกาศแนวปฏิบัติตามเกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการจัดซื้อจัดหาและการส่งเสริมการขายยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา เช่น การปิดประกาศ แจ้งผู้เกี่ยวข้องเพื่อทราบครอบคลุมใกล้เกณฑ์ร้อยละ ๑๐๐ แต่ส่วนใหญ่ยังขาดการประเมินผลการปฏิบัติตามเกณฑ์จริยธรรมฯ และกลไกระดับจังหวัดในการส่งเสริมวัฒนธรรมองค์กร ให้มีการยกย่อง เชิดชูหน่วยงาน องค์กร หรือผู้ปฏิบัติที่มีการประพฤติปฏิบัติตามระเบียบและเกณฑ์จริยธรรมที่ดี

๒. ปัจจัยความสำเร็จ ที่สำคัญคือ การกำหนดนโยบาย มาตรการ และแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน โดยผู้บริหารสูงขององค์กร และการสนับสนุนและการติดตามกำกับดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง สอดคล้อง

๓. ปัญหาและอุปสรรคที่พบ การจัดซื้อยาร่วมทั้งระดับจังหวัดและระดับเขต ยังมีปัญหาการบริหารจัดการ และไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในการบันทึกโปรแกรมระบบ e-GP ยังมีความล่าช้าและยังไม่ได้ดำเนินการจัดซื้อร่วมเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาทุกประเภทในระดับเขต การบริหารจัดการด้านเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาแต่ละประเภทของหน่วยงานต่างๆ มีความหลากหลาย ไม่มีผู้รับผิดชอบโดยรวมที่ชัดเจน การจำแนกประเภทหมวดหมู่รายการเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา โดยเฉพาะเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ เวชภัณฑ์เวชภัณฑ์ ไม่ตรงกันเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องด้านพัสดุยังขาดความรู้ด้านระเบียบฯ ทักษะการดำเนินการจัดซื้อร่วม/การดำเนินการจัดซื้อผ่านระบบ e-GP และมีจำนวนไม่เพียงพอกับภาระงาน

๔. ข้อเสนอแนะ

๔.๑ ข้อเสนอแนะต่อหน่วยรับตรวจ ควรมีการจัดทำกรอบบัญชีรายการเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา และเกณฑ์ศักยภาพการให้บริการของโรงพยาบาลแต่ละระดับ ในภาพของเขต/จังหวัดที่สอดคล้องกับ Service plan ให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน ครอบคลุมทุกหน่วยบริการ การจัดซื้อตามแผนให้ถูกต้องตามระเบียบฯ พัสตตามรายการวัสดุและวงเงินจัดซื้อต่อปี โดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชน การจัดซื้อร่วมในระดับจังหวัด/เขต ด้วยวิธี e-bidding/สอบราคา จัดทำแนวทางเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลการใช้ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ สนับสนุนให้มีการนำแนวทาง Lab smart use มาใช้และกำหนดเป็นตัวชี้วัด นำเสนอข้อมูลผลลัพธ์ของการดำเนินงาน DUE ต่อผู้บริหารทุกระดับ เพื่อให้การดำเนินงานเป็นประโยชน์ในเชิงรูปธรรม ควรมีกลไกส่งเสริมวัฒนธรรมองค์กร ให้มีการยกย่อง เชิดชูหน่วยงาน องค์กร หรือผู้ปฏิบัติที่มีการประพฤติปฏิบัติตามระเบียบและเกณฑ์จริยธรรมที่ดี ควรรายงานผลการดำเนินงานจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาให้กับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อสรุปผลการดำเนินการบริหารจัดการในภาพรวม และจัดทำราคาอ้างอิงให้หน่วยงานต่างๆ ใช้เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาดำเนินการจัดซื้อ

๔.๒ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและโอกาสพัฒนา การพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องด้านการจัดซื้อจัดหาตามระเบียบฯพัสต รวมทั้งประสานการจัดทำแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในการดำเนินการจัดซื้อด้วยวิธี e-bidding / การลง-บันทึกข้อมูลในระบบ e-GP การกำหนดรายการวัสดุแต่ละชนิดให้ชัดเจน เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งประเทศ ไม่เกิดความซ้ำซ้อน โดยเฉพาะวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์และวัสดุการแพทย์ จัดระบบกำกับติดตามข้อมูลในภาพรวมของจังหวัด/เขต ปรับแนวทางในการติดตามประสิทธิภาพระบบบริหารเวชภัณฑ์ที่สอดคล้องกับข้อมูลและสถานการณ์จริง บูรณาการการนิเทศติดตามการพัฒนาระบบงานทันตกรรม งานรังสีวินิจฉัย และงานห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ให้ครอบคลุมทุกด้าน ทั้งด้านการเงินการคลัง บุคลากร service plan และระบบสารสนเทศ โดยมีผู้เกี่ยวข้องเข้าร่วมรับการนิเทศ ติดตาม กำกับด้วย จะทำให้รับทราบปัญหาของพื้นที่ และเข้าใจนโยบายจะทำให้ได้รับความร่วมมือในการปฏิบัติ

๔ . ประสิทธิภาพในการบริหารการเงินสามารถควบคุมปัญหาการเงินระดับ ๗ ของหน่วยบริการในพื้นที่ (ไม่เกินร้อยละ ๑๐)

๑.ประเด็นการตรวจราชการ

แนวทางการดำเนินงานเพื่อลดปัญหา หรือควบคุมปัญหาการเงินของหน่วยบริการในพื้นที่ เพื่อบรรลุผลตามตัวชี้วัด “ประสิทธิภาพของการบริหารการเงิน สามารถควบคุมปัญหาการเงินระดับ ๗ ของหน่วยบริการในพื้นที่ (ไม่เกินร้อยละ๑๐) โดยกำหนดเป็นมาตรการดำเนินงานในพื้นที่ ๔ มาตรการสำคัญ

๑) มีคณะทำงาน และกลไกการทำงานร่วม เพื่อแก้ปัญหาในพื้นที่ สำหรับโรงพยาบาลที่มีปัญหาการเงิน

๒) หน่วยบริการ "มี" และ "ใช้" แผนทางการเงิน Planfin เพื่อเป็นเครื่องมือในการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังหน่วยบริการ

๓) หน่วยบริการมีการพัฒนาการจัดทำต้นทุนบริการ Unit cost เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพทางการบริหาร

๔) มีการพัฒนาระบบการประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง FAI

๒. สถานการณ์ในภาพรวม พบว่าทุกเขตสุขภาพ ให้ความสำคัญต่อการแก้ไขปัญหาสถานะทางการเงินมีการดำเนินงานในรูปของคณะทำงานร่วมในระดับเขต จังหวัดและอำเภอ โดยใช้แนวทางการแก้ไขปัญหาที่แตกต่างกัน มีการติดตามเปรียบเทียบแผน-ผล Planfin ในไตรมาสที่ ๓ แต่มีเพียงบางเขตได้ให้ความสำคัญและนำไปใช้เพื่อควบคุมกำกับ มีการใช้ทำต้นทุนบริการหรือ Unit cost ในแบบ Quick Method เพื่อ

เปรียบเทียบประสิทธิภาพในการดำเนินงาน และมีหลายจังหวัดกำหนดนโยบายให้มีการจัดทำ Modified full cost ครบทุกหน่วยบริการ มีการประเมินประสิทธิภาพทางการเงินการคลัง FAI ใน ๔ กิจกรรม การพัฒนาการจัดทำต้นทุนบริการกิจกรรมที่มีผลสำเร็จสูงสุดคือ การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง (ร้อยละ ๙๔.๕๗) ส่วนกิจกรรมที่มีผลสำเร็จต่ำสุด คือ การควบคุมภายใน (ร้อยละ ๘๙.๓๒)

ปัญหาทางการเงินระดับ ๗ ในไตรมาส ๓ / ๒๕๕๙ จำนวนโรงพยาบาลระดับ ๗ ทั้งสิ้น ๘๖ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๙.๘๕ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างไตรมาส ๒/๒๕๕๙ พบว่าจำนวนหน่วยบริการที่ประสบปัญหาทางการเงินระดับ ๗ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากไตรมาสที่ผ่านมาเกือบทุกเขต ยกเว้น เขต ๔ มีระดับ ๗ ลดลงสำหรับเขตที่ไม่มีปัญหาระดับ ๗ ในไตรมาสที่ ๓ ได้แก่ เขต ๙

๓. ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่สำเร็จ พบว่าขนาดของประชากร ความชัดเจนในกระบวนการแก้ไข ปัญหา ความรู้ของผู้ปฏิบัติงาน ปัจจัยที่เป็นเชิงสภาพเชิงสังคม เศรษฐกิจ บริบทของพื้นที่ เช่น พื้นที่ชายแดน ประสิทธิภาพของการบริหารจัดการ เช่น การควบคุมภายใน แผนการบริหารจัดการ ระบบข้อมูลที่ไม่ครบถ้วน มีปัญหาเรื่องคุณภาพข้อมูลบัญชี ที่ยังต้องการพัฒนาประสิทธิภาพเชิงระบบ

๔. ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ พบว่า การร่วมมือกันในระบบเครือข่าย ระบบการเฝ้าระวัง คุณภาพการเงินบัญชี ศักยภาพบุคลากร ผู้บริหารติดตามกำกับอย่างต่อเนื่อง กำหนดมาตรการบริหารภายใน ตามเกณฑ์อย่างเข้มแข็งและมีวินัยทางการเงินการคลัง

๕. ข้อเสนอต่อส่วนกลาง/นโยบาย ในภาพรวม ควรกำหนดนโยบายด้านประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังให้ต่อเนื่อง กำหนดค่าใช้จ่ายขั้นต่ำที่จำเป็นในแต่ละระดับของหน่วยบริการให้ชัดเจน พัฒนาความรู้ด้านบัญชี การจัดทำต้นทุน การควบคุมภายใน ทุกระดับ ตลอดจนองค์ความรู้การบริหารจัดการเงิน การคลัง (CFO) อย่างต่อเนื่อง มาตรการลดรายจ่ายเพิ่มรายได้ และกำหนดตำแหน่งผู้ปฏิบัติงาน จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการเชิงระบบ

คณะที่ ๓ การพัฒนาระบบบริหารจัดการ

ผลการตรวจราชการและนิเทศงาน กระทรวงสาธารณสุข

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙

.....

การพัฒนาระบบบริหารจัดการ เพื่อสนับสนุนการจัดบริการ เป็นระบบสนับสนุนการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ระบบบริการของกระทรวงสาธารณสุข หากระบบบริการให้เข้มแข็งและมีประสิทธิภาพ จะช่วยสนับสนุนบริการที่มีคุณภาพ ส่งผลต่อเป้าหมายหลัก ที่มุ่งเน้นให้ประชาชนมีสุขภาพดี ระบบบริหารจัดการนั้น มีการวางกลยุทธ์ขับเคลื่อนงานโดยแผนการตรวจราชการ ๔ ประเด็นสำคัญคือ การพัฒนาบุคลากร การส่งเสริมระบบธรรมาภิบาล การบริหารยาและเวชภัณฑ์มีชี涯า การบริหารการเงินการคลัง ผลการตรวจราชการมีรายละเอียดดังนี้

๑. การพัฒนาบุคลากร

กระทรวงสาธารณสุขได้ขับเคลื่อนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพโดยเขตสุขภาพ เน้นการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนของหน่วยงานในพื้นที่ เพื่อให้เขตสุขภาพสามารถจัดบริการได้อย่างไร้รอยต่อ (Seamless Service Network Management) จัดบริการได้ภายในเขตสุขภาพ (Self Contained) และจัดระบบส่งต่อตามศักยภาพของสถานบริการแต่ละระดับภายในเขตสุขภาพ (Referral Cascade Management System) เขตสุขภาพจึงต้องพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแล และการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน ประกอบกับปีงบประมาณ ๒๕๕๙ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดการพัฒนาด้านกำลังคน เป็นนโยบาย มุ่งเน้นการจัดการกำลังคน การพัฒนาบุคลากร และการวางแผนกำลังคนให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โดยกำหนด แนวทางให้เขตสุขภาพต้องจัดทำแผนกำลังคนให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และพัฒนาบุคลากรของเขตสุขภาพให้มีศักยภาพเพียงพอ และสอดคล้องกับเป้าหมายการจัดระบบบริการสุขภาพของสถานบริการแต่ละระดับ อันจะนำไปสู่การจัดบริการที่มีได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิภาพ

๑. การดำเนินงานตามกรอบประเด็นมุ่งเน้น ๓ ประเด็น

๑.๑ การจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรโดยการมีส่วนร่วมจากพื้นที่ (Integrate & Participation) ครอบคลุมปัญหาทั้งบริหาร บริการ และสนับสนุน

การปรับโครงสร้างของหน่วยงานที่รับผิดชอบการพัฒนาบุคลากร มีการดำเนินการทุกจังหวัด เปลี่ยนจากกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการมาเป็นภารกิจของกลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล ส่วนใหญ่จังหวัดมีการเปลี่ยนแปลงบุคลากรที่รับผิดชอบการพัฒนาบุคลากร จึงทำให้การพัฒนาบุคลากรของจังหวัดไม่ต่อเนื่อง โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะพัฒนาบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่วนโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปจะดำเนินการพัฒนาบุคลากรของหน่วยงานตนเอง

ทุกจังหวัดมีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และคณะกรรมการวางแผนอัตรากำลังและพัฒนาบุคลากร (HRM, HRD) โดยมีองค์ประกอบเป็นผู้แทนสถานบริการทุกระดับ ส่วนน้อยที่ไม่มีผู้แทนวิชาชีพหรือผู้แทนวิทยาลัย เพื่อจัดทำกรอบอัตรากำลังของสาขาวิชาชีพต่างๆ และกำหนดความรู้ และทักษะของบุคลากรสาขาวิชาชีพต่าง ๆ ที่ควรมีในสถานบริการแต่ละระดับ ทุกจังหวัดได้วิเคราะห์ปัญหา ระบบบริการในจังหวัด และจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

(Service Plan) เป็นหลัก ซึ่งคณะกรรมการ CSO จะเป็นผู้ดำเนินการวิเคราะห์ Need Assessment ส่วนใหญ่จะไม่ครอบคลุมสายสนับสนุน และทุกวิชาชีพ ส่วนใหญ่แผนพัฒนาบุคลากรของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยังไม่บูรณาการแผนพัฒนาบุคลากรของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป

๑.๒ กลไกและระบบสนับสนุนที่ส่งผลให้การพัฒนาบุคลากรมีประสิทธิภาพเกิดผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ (System : Input ,Process ,output/outcome ,Feedback)

เขตสุขภาพ/จังหวัดทุกแห่งมีการสื่อสาร ประชุมชี้แจงให้จังหวัดทราบแนวทางการพัฒนาบุคลากรของเขต แต่หลายเขตสุขภาพ/จังหวัดมีการเปลี่ยนแปลงบุคลากรที่ปฏิบัติงาน ทำให้บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจไม่เพียงพอ

เขตสุขภาพ/จังหวัดส่วนใหญ่มีการจัดเก็บข้อมูลผู้ผ่านการอบรมโดยใช้โปรแกรม Excel แต่ยังไม่มีการจัดทำฐานข้อมูลการพัฒนาบุคลากรอย่างเป็นระบบ ส่วนใหญ่ยังไม่มีแนวทางการจัดเก็บฐานข้อมูลการพัฒนาบุคลากรอย่างชัดเจน ฐานข้อมูลขาดการเชื่อมโยงกันระหว่างข้อมูล HRM & HRD และยังไม่เชื่อมโยงฐานข้อมูลระหว่างจังหวัดและเขตสุขภาพ

เขตสุขภาพ/จังหวัดส่วนน้อยที่จัดอบรมให้กับบุคลากรที่ปฏิบัติงานให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรอย่างเพียงพอ

๑.๓ การกำกับ ติดตามการบริหารจัดการการพัฒนาบุคลากรของจังหวัด

ส่วนใหญ่จังหวัดจะกำหนดแผนกำกับ โดยลงพื้นที่ติดตามผลการพัฒนาบุคลากรทุก ๖ เดือน แต่ไม่มีการวิเคราะห์เสนอผลการพัฒนาบุคลากร ปัญหา/อุปสรรค และแนวทางแก้ไขให้ผู้บริหารเขตสุขภาพ/จังหวัดทราบอย่างต่อเนื่อง ส่วนใหญ่จังหวัดได้อยู่ระหว่างจัดทำแผนปรับปรุงการบริหารจัดการการพัฒนาบุคลากรของจังหวัด เพื่อจัดทำเป็นแผนปฏิบัติการในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ต่อไป

๒. ปัจจัยความสำเร็จ (Key Success)

- ๑) การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ
- ๒) โครงสร้าง/ตำแหน่งของบุคลากรที่รับผิดชอบงานพัฒนาบุคลากรของจังหวัด/เขตสุขภาพให้เหมาะสม
- ๓) การสื่อสาร/กลไกสนับสนุนการบริหารจัดการการพัฒนาศักยภาพบุคลากรระหว่างเขตสุขภาพกับจังหวัด
- ๔) บุคลากรที่รับผิดชอบงานพัฒนาศักยภาพบุคลากรของจังหวัด/เขตสุขภาพมีความรู้ความสามารถ
- ๕) การกำกับ ติดตามผลการพัฒนาบุคลากรของจังหวัด/เขตสุขภาพเพื่อนำไปปรับปรุงการบริหารจัดการ
- ๖) ให้มีประสิทธิภาพ

๓. ปัญหาอุปสรรค

- ๑) การเปลี่ยนโครงสร้าง/ตำแหน่งของบุคลากรผู้รับผิดชอบงานพัฒนาบุคลากรของจังหวัดจากผู้รับผิดชอบ HRD มาเป็น HRM มีผลต่อคุณภาพของการจัดทำแผนยุทธศาสตร์กำลังคน และการพัฒนาบุคลากร
- ๒) ขาดความรู้ความเข้าใจของผู้รับผิดชอบการพัฒนาบุคลากรระดับจังหวัด/เขตสุขภาพเกี่ยวกับการจัดทำยุทธศาสตร์การพัฒนากำลังคน นโยบายกระทรวงสาธารณสุข และแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
- ๓) การบริหารจัดการการพัฒนาบุคลากรของจังหวัด/เขตสุขภาพขาดความชัดเจนในผู้รับผิดชอบงาน
- ๔) ขาดการบูรณาการแผนพัฒนาบุคลากรของหน่วยงานภายในจังหวัดเพื่อรองรับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
- ๕) ไม่มีระบบฐานข้อมูลด้านการพัฒนาบุคลากรที่เชื่อมโยงระหว่างจังหวัดและเขตสุขภาพ
- ๖) แผนกำกับ ติดตามการพัฒนาบุคลากรของจังหวัด/เขตสุขภาพยังไม่เป็นระบบ

๔. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและโอกาสพัฒนา

ข้อเสนอแนะต่อส่วนกลาง

- ๑) ควรทบทวนและพิจารณาโครงสร้าง/ตำแหน่งงานพัฒนาบุคลากรระดับจังหวัดให้ชัดเจน ในแง่ของบทบาท กรอบอัตรากำลังและตำแหน่ง เพื่อสร้างขวัญกำลังใจให้ผู้ปฏิบัติงาน
- ๒) กำหนดนโยบาย หลักเกณฑ์รองรับให้เกิดการบริหารงบประมาณการพัฒนาบุคลากรของเขตสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ
- ๓) สร้างความเข้าใจการบริหารจัดการการพัฒนาบุคลากรให้เขตสุขภาพ/จังหวัดทราบและปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง
- ๔) จัดทำแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้ปฏิบัติหน้าที่ระดับเขตสุขภาพ/จังหวัดให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพัฒนาบุคลากรอย่างเพียงพอ และสอดคล้องกับนโยบายที่กำหนด
- ๕) พัฒนาระบบฐานข้อมูลการพัฒนาบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้สามารถเชื่อมโยงกับหน่วยงานทุกระดับ

ข้อเสนอแนะต่อเขตสุขภาพ

๑. เขตสุขภาพกำหนดแนวทางการบริหารจัดการการพัฒนาบุคลากรให้มีประสิทธิภาพ เช่น
 - ๑.๑ กำหนดเกณฑ์การจัดสรรทรัพยากร (คน เงิน ของ) เพื่อสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรของจังหวัดให้มีประสิทธิภาพ
 - ๑.๒ นำผลการพัฒนาบุคลากรของจังหวัด ในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ มาเป็นเกณฑ์จัดสรรงบประมาณในปีงบประมาณ ๒๕๖๐
 - ๑.๓ สนับสนุนข้อมูลกำลังคนให้จังหวัดใช้ในการบริหารทรัพยากรบุคคล
๒. เขตสุขภาพสื่อสารยุทธศาสตร์กำลังคน และนโยบายการพัฒนากำลังคนของกระทรวงสาธารณสุขให้ผู้รับผิดชอบระดับจังหวัดทราบเกี่ยวกับอย่างทั่วถึง
๓. เพิ่มศักยภาพบุคลากรผู้ปฏิบัติระดับจังหวัดให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพัฒนาบุคลากรอย่างเพียงพอ และสอดคล้องกับนโยบายที่กำหนด
๔. พัฒนาฐานระบบข้อมูลการพัฒนาบุคลากรของจังหวัด และนำมาใช้บริหารทรัพยากรบุคคลของเขตสุขภาพ
๕. ให้ความสำคัญการกำกับ ติดตามและรายงานผลการพัฒนาบุคลากรที่สอดคล้องกับเป้าหมายที่กำหนด

ข้อเสนอแนะต่อจังหวัด

๑. จัดทำแผนพัฒนาบุคลากรให้ครอบคลุมหน่วยงานทุกระดับ/ทุกกลุ่มเป้าหมาย
๒. กำหนดเกณฑ์ และคุณสมบัติของผู้รับการอบรมให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
๓. จัดอบรมบุคลากรผู้รับผิดชอบงานพัฒนาบุคลากรของหน่วยงานภายในจังหวัดให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยุทธศาสตร์กำลังคน นโยบายการพัฒนากำลังคนของกระทรวงสาธารณสุข/เขตสุขภาพ
๔. จัดทำแผนจัดสรรงบประมาณเพื่อการพัฒนาบุคลากรให้ชัดเจน
๕. กำหนดแนวทางการจัดเก็บข้อมูลการพัฒนาบุคลากรของหน่วยงานภายในจังหวัดให้เหมาะสม สอดคล้องเป็นทิศทางเดียวกัน ครอบคลุม HRM และ HRD และนำมาใช้บริหารทรัพยากรบุคคลของจังหวัด
๖. ให้ความสำคัญการกำกับ ติดตามและรายงานผลการพัฒนาบุคลากรที่สอดคล้องกับเป้าหมายที่กำหนด

๕. หน่วยงาน/ เขตสุขภาพที่มีความเข้มแข็งในแง่ของกระบวนการจัดการการพัฒนาบุคลากร (Best Practice)

จากการตรวจราชการหน่วยงาน/เขตสุขภาพที่มีความเข้มแข็งในแง่ของกระบวนการจัดการพัฒนาบุคลากร โดยสรุปมี ๕ ประเด็น คือ

ประเด็นที่ ๑ ด้านการบริหารจัดการ ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๘ ที่มีรูปแบบการบริหารจัดการการพัฒนาบุคลากรจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรอย่างเป็นระบบ อย่างสอดคล้องกับ Problem base

ประเด็นที่ ๒ ด้าน Leadership ที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาบุคลากร ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๑ เขตสุขภาพที่ ๒ เขตสุขภาพที่ ๕ เขตสุขภาพที่ ๖ และเขตสุขภาพที่ ๑๒

ประเด็นที่ ๓ ด้านการสร้างเครือข่ายการพัฒนากำลังคนในพื้นที่ ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๒ เขตสุขภาพที่ ๓ เขตสุขภาพที่ ๑๑ (จังหวัดภูเก็ต)

ประเด็นที่ ๔ ด้านระบบสารสนเทศกำลังคน ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๑๐

ประเด็นที่ ๕ ด้านบุคลากรมีความรู้ความสามารถ ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๑ (แพร่) เขตสุขภาพที่ ๔ (อ่างทอง) เขตสุขภาพที่ ๗ (กาฬสินธุ์) เขตสุขภาพที่ ๙

๒. ระบบธรรมาภิบาล

๒.๑ การเสริมสร้างและพัฒนาบุคลากรของหน่วยงานให้มีวินัยและป้องกันการกระทำผิดวินัย

จากวิกฤติเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นในปัจจุบันได้ส่งผลกระทบต่อทุกภาคส่วนของสังคม สาเหตุสำคัญประการหนึ่งเกิดขึ้นจากความบกพร่องความอ่อนแอและหย่อนประสิทธิภาพของกลไกด้านการบริหารจัดการในระดับชาติและระดับองค์กรทั้งในภาครัฐและเอกชนรวมไปถึงการทุจริตและการกระทำผิดวินัย คุณธรรม จริยธรรมในวิชาชีพอีกทั้งการขาดกลไกและกฎเกณฑ์ที่ดีพอในการบริหารจัดการ กระทรวงสาธารณสุข ได้ตระหนักถึงความสำคัญในเรื่องดังกล่าว ประกอบกับพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ. ๒๕๕๑ มาตรา ๘๗ บัญญัติให้ผู้บังคับบัญชาที่มีหน้าที่เสริมสร้าง พัฒนาให้ผู้บังคับบัญชามีวินัย และป้องกันมิให้ผู้อยู่ใต้บังคับบัญชากระทำความผิดวินัย ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงต้องดำเนินการเสริมสร้างและพัฒนาบุคลากร กระทรวงสาธารณสุขทุกระดับในหน่วยงานให้มีวินัย คุณธรรม จริยธรรม และป้องกันการกระทำผิด ตลอดจนดำเนินการตามกฎหมาย ระเบียบวินัยเมื่อมีการกระทำผิดเกิดขึ้น เพื่อช่วยพัฒนาและส่งเสริมให้หน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งหน่วยงานในเขตบริการสุขภาพประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนมีความเข้มแข็งในการบริหารงานและการจัดการภายในที่มีประสิทธิภาพ โปร่งใส ตรวจสอบได้และเป็นธรรม และได้กำหนดแนวทางเพื่อการพัฒนา

๑. ประเด็นการตรวจราชการ : การเสริมสร้างและพัฒนา บุคลากรของหน่วยงานให้มีวินัยและป้องกันการกระทำผิดวินัย

กำหนดหน่วยงานรับตรวจระดับจังหวัด คือ สสจ. และ รพท./ รพศ. โดยมีวิธีการดำเนินการ ๕ ขั้นตอน คือ

(๑) หน่วยงานประชุมชี้แจงประเด็นตรวจราชการเกี่ยวกับการเสริมสร้างและพัฒนาบุคลากรของหน่วยงาน ให้มีวินัยและป้องกันการกระทำผิดวินัย

(๒) แต่งตั้งคณะกรรมการเสริมสร้างและพัฒนา บุคลากรของหน่วยงาน ให้มีวินัยและป้องกันการกระทำผิดวินัย (แต่งตั้งโดย นพ.สสจ./ ผอ.รพศ./ รพท.)

(๓) หน่วยงานวิเคราะห์ปัญหาทางด้านวินัยและป้องกันการกระทำผิดวินัย เรียงลำดับความสำคัญของปัญหา และจัดทำแผนการเสริมสร้างและพัฒนา บุคลากรของหน่วยงาน ให้มีวินัยและป้องกันการกระทำผิดวินัย

(๔) หน่วยงานดำเนินการตามแผนการเสริมสร้างและพัฒนาบุคลากรของหน่วยงานให้มีวินัยและป้องกันการกระทำผิดวินัย ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๕ ของจำนวนกิจกรรม/โครงการ (ตามแผน)

(๕) หน่วยงานดำเนินการตามแผนการเสริมสร้างและพัฒนาบุคลากรของหน่วยงาน ให้มีวินัยและป้องกันการกระทำผิดวินัย ครบถ้วนทุกกิจกรรม/โครงการ และประเมินผล พร้อมจัดทำรายงานสรุปผลการดำเนินการตามแผนฯ

๒. ผลการดำเนินการ หน่วยรับตรวจ (สสจ./ รพท./ รพศ.) ทั้งหมดจำนวน ๑๙๒ หน่วยรับตรวจ

๒.๑ ดำเนินการแล้ว จำนวน ๑๘๙ หน่วยรับตรวจ (ร้อยละ ๙๘.๔๔)

๒.๒ ยังไม่ได้ดำเนินการ จำนวน ๓ หน่วยรับตรวจ (ร้อยละ ๑.๕๖) ในเขตสุขภาพที่ ๖ และ ๑๒ คือ

๑) โรงพยาบาลกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี (เพียยกฐานะเป็นโรงพยาบาลทั่วไปเมื่อเมษายน ๒๕๕๙)

๒) โรงพยาบาลอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว (เพียยกฐานะเป็นโรงพยาบาลทั่วไปเมื่อเมษายน ๒๕๕๙)

๓) โรงพยาบาลสุโขทัย - ลก จังหวัดนครราชสีมา (ไม่มีผู้รับผิดชอบ)

๓. ปัญหา อุปสรรคและปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์

- ๑) งบประมาณและอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ
- ๒) ผู้รับผิดชอบไม่เข้าใจแนวทางปฏิบัติและไม่มีประสบการณ์ในการวิเคราะห์ปัญหาทางด้านวินัย
- ๓) ความล่าช้าของการดำเนินการตามกิจกรรม/โครงการ ตามแผนฯ
- ๔) การรับรู้และการให้ความสำคัญของผู้บริหารของหน่วยงาน
- ๕) ไม่มีการมอบหมายให้เจ้าหน้าที่รับผิดชอบ

๔. สรุปประเด็นที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ

- ๑) ความล่าช้าของการดำเนินการตามกิจกรรม /โครงการ ตามแผนฯ
- ๒) ไม่เข้าใจรายละเอียดหรือแนวทางปฏิบัติหรือตัวอย่างในการดำเนินการ

๕. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

- ๑) ต้องเพิ่มงบประมาณและอัตรากำลังเจ้าหน้าที่
- ๒) ต้องกำหนดเชิงนโยบายให้หน่วยงานย่อยดำเนินการด้วย
- ๓) ต้องกำหนดนโยบายเป็นในทิศทางเดียวกันในการเสริมสร้างและพัฒนา บุคลากรให้มีวินัยและป้องกันการกระทำผิดวินัย, ITA (ดัชนีตัวชี้วัดของประชาชน) และองค์กรคุณธรรมจริยธรรม

๒.๒ หน่วยงานคุณธรรม

๑. สถานการณ์

การดำเนินงานหน่วยงานคุณธรรมในเขตบริการสุขภาพ มีการรับทราบนโยบายและกำหนดแนวทางการดำเนินงานในหลากหลายรูปแบบ เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงานสู่หน่วยงานคุณธรรม ในภาพรวมพบว่า มีความก้าวหน้าในการดำเนินการเพิ่มขึ้นจากเดิม แต่ละเขตมีการค้นหาหน่วยงานที่สามารถเป็นแบบอย่างในการดำเนินการ ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเขต และขยายผลการดำเนินงานได้ต่อเนื่อง มีการจัดประชุมวิชาการสัมมนาพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมระดับประเทศ ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สร้างขวัญกำลังใจให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน

๒. ประเด็นการตรวจราชการ

- ๑) นโยบายของผู้บังคับการ
- ๒) การประกาศอัตลักษณ์
- ๓) มีแผนและการดำเนินการตามแผน
- ๔) มีการติดตามประเมินผล

๕) มีการพัฒนาต่อยอด

๓. พื้นที่/ หน่วยงานดำเนินการปี ๒๕๕๙

๑) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งมีการดำเนินการเป็นโรงพยาบาล/หน่วยงานคุณธรรม ร้อยละ ๑๐๐

๒) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ มีการดำเนินการหน่วยงานคุณธรรม ร้อยละ ๕๐

๓) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการดำเนินการโรงพยาบาลคุณธรรม ร้อยละ ๓๐

๔) สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ มีการดำเนินการหน่วยงานคุณธรรม ร้อยละ ๑๐๐

๔. กระบวนการตรวจราชการ

๑) มีการมอบหมายผู้นิเทศชัดเจน ผู้นิเทศของแต่ละจังหวัด เป็นอาจารย์จากวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ที่อยู่ในเขตสุขภาพนั้นๆ เป็นผู้ลงรายงานผลการตรวจ (แบบ ตก.๑) และมีผู้รับผิดชอบเป็นบุคลากรของสถาบันพระบรมราชชนก ส่วนกลาง เขตสุขภาพละ ๑ คน เป็นผู้สรุปรายงานผลการตรวจ (แบบ ตก.๒) แก้วกัลยาสิกขาลัยเป็นผู้รับผิดชอบการสรุปผลการตรวจราชการภาพรวมทุกเขตสุขภาพ

๒) มีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง พัฒนาศักยภาพผู้นิเทศงานบูรณาการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙ ณ โรงแรมมารวยการ์เด็นท์ กรุงเทพมหานคร ระหว่างวันที่ ๒๓ - ๒๔ ธันวาคม ๒๕๕๘ โดย กลุ่มนโยบายและยุทธศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก เพื่อชี้แจงแนวทางการตรวจราชการ

๓) มีการจัดประชุมสรุปผลการตรวจราชการ ณ โรงแรมมารวยการ์เด็นท์ กรุงเทพมหานคร ระหว่างวันที่ ๓ - ๔ พฤษภาคม ๒๕๕๙ โดย กลุ่มนโยบายและยุทธศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก นำข้อมูลคืนกลับให้ผู้นิเทศตรวจสอบความถูกต้อง นำข้อมูลเสนอต่อประธานคณะกรรมการดำเนินการพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมกระทรวงสาธารณสุข และคืนข้อมูลให้ผู้รับผิดชอบของเขตสุขภาพพิจารณาทบทวนความถูกต้องก่อนการนำเสนอข้อมูลในภาพรวมของเขตสุขภาพและประเทศต่อสำนักตรวจราชการ

๔) มีการจัดประชุมสัมมนาพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมกระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ ๑๑ ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ ประเด็น “ขับเคลื่อนองค์กรคุณธรรม นำสุขสู่ประชาชน” ระหว่างวันที่ ๒๕ - ๒๖ สิงหาคม ๒๕๕๙ โดย คณะกรรมการดำเนินการพัฒนาคุณธรรมจริยธรรม กระทรวงสาธารณสุข มีแก้วกัลยาสิกขาลัย สถาบันพระบรมราชชนก เป็นเลขานุการในการดำเนินการ ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

๕. ผลการตรวจราชการ

ในการตรวจราชการรอบที่ ๒ ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ มีการปรับปรุงแบบตรวจราชการ ๑ และ ๒ (แบบ ตก.๑ และ ตก.๒) เพื่อช่วยให้สะดวกและง่ายสำหรับการนิเทศ แต่ยังคงยึดข้อมูลจากผู้นิเทศเป็นหลัก หลังจากนำเสนอต่อสำนักตรวจราชการแล้ว จะคืนข้อมูลให้พื้นที่เขตสุขภาพและผู้นิเทศนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาหน่วยงานและการตรวจราชการในปีงบประมาณต่อไป โดยผลการตรวจราชการตามเป้าหมาย ๙ เดือนแรก ในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ แสดงดังตารางแนบท้าย

๖. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

- การประกาศนโยบายโดยผู้นำสูงสุดของหน่วยงาน
- การมีส่วนร่วมของบุคคล/องค์กร/เครือข่าย
- การติดตามและสนับสนุนโดยผู้บริหารอย่างต่อเนื่อง
- การมอบหมายผู้รับผิดชอบชัดเจน และต่อเนื่อง

๗. ปัญหาอุปสรรคที่พบ

- ๑) ผู้บริหารหรือผู้รับผิดชอบไม่เห็นความสำคัญ เข้าใจแนวทางการดำเนินงานหน่วยงานคุณธรรมไม่ตรงกัน ส่งผลต่อการนำไปสู่เป้าหมายการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม
- ๒) งบประมาณสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายการดำเนินงานหน่วยงานคุณธรรมไม่เพียงพอ
- ๓) ผู้รับผิดชอบงานไม่ชัดเจน ผู้รับผิดชอบมีภาระงานมาก มีการเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบ ทำให้การดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง
- ๔) ไม่มีการรวบรวมหลักฐาน/ผลลัพธ์ของการพัฒนาหน่วยงาน ทำให้ไม่มีข้อมูลเชิงประจักษ์

๘. สิ่งที่ต้องดำเนินการ

- ๑) ควรจัดทำระบบในการบันทึกและจัดการข้อมูล เพื่อเป็นฐานข้อมูลในการติดตามผลการดำเนินงานในรายไตรมาส
- ๒) เขตสุขภาพหรือจังหวัดชี้แจงทำความเข้าใจแนวทางการดำเนินงานแก่ผู้เกี่ยวข้องทุกระดับ เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน และดำเนินการไปในทางเดียวกัน
- ๓) จัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หรือศึกษาดูงานหน่วยงานต้นแบบในเขตสุขภาพ และสร้างทีมพี่เลี้ยง หรือวิทยากรในเขตสุขภาพ
- ๔) การจัดทำข้อมูลหน่วยงานต้นแบบ หรือหน่วยงานที่มีโอกาสพัฒนาเป็นหน่วยงานต้นแบบในแต่ละจังหวัด/เขตสุขภาพ และสนับสนุนให้หน่วยงานต้นแบบจัดทำคู่มือเผยแพร่เป็น model ของหน่วยงาน เพื่อเป็นแหล่งศึกษาดูงาน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเป็นหน่วยงานพี่เลี้ยงในการดำเนินงานในเขตสุขภาพนั้นๆ
- ๕) การขับเคลื่อนพร้อมกันทั้งเขตสุขภาพ เช่น การจัดประชุมชี้แจง โดยมีการเชิญวิทยากรจากโรงพยาบาลต้นแบบระดับเขตสุขภาพ หรือระดับประเทศมาให้ความรู้และประชุมเชิงปฏิบัติการ
- ๖) การผลักดันให้มีผู้รับผิดชอบงานโดยตรงในแต่ละจังหวัด/เขตสุขภาพ ตลอดจนผู้บริหารของหน่วยงานมีการสร้างขวัญและกำลังใจแก่ผู้รับผิดชอบงานและบุคลากรในหน่วยงาน
- ๗) การประชาสัมพันธ์เผยแพร่ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในช่องทางต่างๆ เช่น เว็บไซต์หรือไลน์ หน่วยงานคุณธรรม facebook แก้วกัลยาสิกขาลัย
- ๘) การบูรณาการกับเครือข่ายอื่นๆ เช่น มูลนิธิโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช มูลนิธิพัฒนาสถาบันอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ มูลนิธิประเทศไทยใสสะอาด ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต ศูนย์ดำรงธรรม มูลนิธิพัฒนาข้าราชการ และอำเภอคุณธรรม เป็นต้น

๙. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและโอกาสพัฒนา

- ๑) ผู้บริหารควรให้ความสำคัญและมีการติดตามประเมินผล และให้การสนับสนุนการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง การจัดระบบพี่เลี้ยงการดำเนินงานเป็นเครือข่าย
- ๒) การกำหนดเป็นนโยบายและมีตัวชี้วัดที่ชัดเจน และให้ขวัญกำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงานในรูปแบบต่างๆ
- ๓) การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานหน่วยงานคุณธรรมภายในจังหวัด/เขต/กระทรวง และสรุปผลงานประจำปี เพื่อเป็นการกระตุ้นและทำให้เกิดพลังในการขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่อง
- ๔) กำหนดแนวทางในการพัฒนาบุคลากร หน่วยงาน และขยายเครือข่ายทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน
- ๕) การขับเคลื่อนนโยบายหน่วยงานคุณธรรม โดยกำหนดเป็นหลักสูตรพื้นฐานในสถานศึกษาของสถาบันพระบรมราชชนก บรรจุเนื้อหาในการอบรมระยะสั้นทุกระดับ ตลอดจนการพัฒนาหลักสูตรผู้บริหารระดับต้น ระดับกลาง นักบริหารระดับสูง และหลักสูตรอื่นๆ ตามความเหมาะสม

๖) การสื่อสารเป็นกลไกสำคัญที่ทำให้หน่วยงานมีพัฒนาการเรื่องหน่วยงานคุณธรรมดั่งนั้น ถ้ามีการสื่อสารผ่านช่องทางที่หลากหลายในองค์กรจะช่วยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคลากรและเป็นแนวทางให้การพัฒนาประสบความสำเร็จ

๗) ต้องมีการนิเทศติดตามงาน และสรุปผลการดำเนินงานพร้อมหลักฐานการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรมให้ได้ตามแผนที่กำหนด

๘) เสนอให้สถาบันพระบรมราชชนกจัดทำศูนย์ศึกษาด้านคุณธรรมจริยธรรม ให้มีข้อมูลความรู้ในเรื่องหน่วยงาน/โรงพยาบาลคุณธรรม โดยจัดทำและเผยแพร่ใน เว็บไซต์ของสถาบันพระบรมราชชนกและเครือข่ายหน่วยงาน/โรงพยาบาลคุณธรรมทุกเขตสุขภาพ โดยมีการเพิ่มข้อมูลความรู้หรือนวัตกรรมอย่างต่อเนื่อง

๙) พัฒนาหน่วยงานที่ดำเนินการหน่วยงาน/โรงพยาบาลคุณธรรม ถึงระดับ ๕ ให้เป็นหน่วยงานต้นแบบด้วยการประเมินผลให้เป็นรูปธรรมมีหลักฐานเชิงประจักษ์และกำหนดเกณฑ์การประเมินให้ชัดเจน

๑๐. แนวทางการตรวจราชการปีงบประมาณ ๒๕๖๐

๑) ทบทวนและตรวจสอบจำนวนหน่วยงานทุกระดับของแต่ละจังหวัดให้ถูกต้อง เพราะจะมีผลต่อการคิดร้อยละของหน่วยงานที่ดำเนินการได้ นอกจากนี้มีข้อสังเกตว่าบางเขตสุขภาพเมื่อเปรียบเทียบข้อมูล ปีงบประมาณ ๒๕๕๘ และ ๒๕๕๙ รอบที่ ๑ พบว่าข้อมูลไม่ตรงกัน

๒) ควรมีการประสานงานระหว่างผู้นิเทศและผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดของแต่ละจังหวัด ก่อนการลงพื้นที่ และคืนผลการตรวจราชการในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ เพื่อวางแผนการดำเนินงานในจังหวัด/เขตสุขภาพต่อไป

๓) ควรส่งแบบประเมินตนเองให้แต่ละหน่วยงานได้กรอกข้อมูลล่วงหน้า และให้จังหวัดรวบรวมข้อมูลเพื่อเป็นแนวทางในการตรวจราชการ และให้ผู้นิเทศมีข้อมูลในการสนับสนุนการดำเนินการได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ของแต่ละหน่วยงาน

เป้าหมายความสำเร็จ

๑) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน ดำเนินการหน่วยงาน/โรงพยาบาลคุณธรรม ร้อยละ ๑๐๐ โดยมีเป้าหมาย ๙ เดือน ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๙๐

ตารางที่ ๑ แสดงร้อยละการดำเนินงานหน่วยงานคุณธรรมระดับ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน แยกรายเขตสุขภาพ

เขต สุขภาพ	หน่วยงานคุณธรรม หรือ รพ.คุณธรรม / หน่วยงานหรือ รพ.ทุกระดับทั้งหมด								จำนวนรวม		
	สสจ.		รพศ.		รพท.		รพช.				
	หน่วยงาน คุณธรรม	หน่วยงาน ทั้งหมด	หน่วยงาน คุณธรรม	หน่วยงาน ทั้งหมด	หน่วยงาน คุณธรรม	หน่วยงาน ทั้งหมด	หน่วยงาน คุณธรรม	หน่วยงาน ทั้งหมด	หน่วยงาน คุณธรรม	หน่วยงาน ทั้งหมด	ร้อยละ
๑	๘	๘	๓	๓	๘	๘	๙๑	๙๑	๑๑๐	๑๑๐	๑๐๐
๒	๕	๕	๒	๒	๕	๕	๔๐	๔๐	๕๒	๕๒	๑๐๐
๓	๕	๕	๑	๑	๔	๔	๔๙	๔๙	๕๙	๕๙	๑๐๐
๔	๘	๘	๓	๓	๙	๙	๕๐	๕๙	๗๐	๗๙	๘๙
๕	๘	๘	๔	๔	๑๑	๑๑	๓๙	๔๖	๖๒	๖๙	๙๐
๖	๘	๘	๔	๔	๑๑	๑๑	๕๖	๕๖	๗๙	๗๙	๑๐๐
๗	๔	๔	๒	๒	๔	๔	๗๔	๗๔	๘๔	๘๔	๑๐๐
๘	๗	๗	๒	๒	๖	๖	๘๐	๘๐	๙๕	๙๕	๑๐๐
๙	๔	๔	๔	๔	๔	๔	๘๐	๘๒	๙๒	๙๔	๙๘
๑๐	๕	๕	๑	๑	๗	๗	๖๓	๖๓	๗๖	๗๖	๑๐๐
๑๑	๗	๗	๓	๓	๘	๘	๖๘	๖๘	๘๖	๘๖	๑๐๐
๑๒	๗	๗	๓	๓	๗	๗	๖๘	๖๘	๘๕	๘๕	๑๐๐
รวม	๗๖	๗๖	๓๒	๓๒	๘๔	๘๔	๗๕๘	๗๗๖	๙๕๐	๙๖๘	๙๘

จากตาราง พบว่า เขตสุขภาพที่มีการดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๑, ๒, ๓, ๕, ๖, ๗, ๘, ๙, ๑๐ ๑๑ และ ๑๒ ส่วนเขตสุขภาพที่เหลืออยู่ในระหว่างดำเนินการ

๒) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ดำเนินการหน่วยงานคุณธรรม ร้อยละ ๕๐ โดยมีเป้าหมาย ๙ เดือน ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๔๐

ตารางที่ ๒ แสดงร้อยละการดำเนินงานหน่วยงานคุณธรรมระดับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ แยกรายเขตสุขภาพ

เขตสุขภาพ	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ		ร้อยละรอบที่ ๑	ร้อยละรอบที่ ๒	เปรียบเทียบรอบที่ ๑ และ ๒
	หน่วยงานคุณธรรม	หน่วยงานทั้งหมด			
๑	๘๘	๑๐๑	๗๖	๘๗	เพิ่มขึ้น
๒	๓๕	๔๗	๒๑	๓๕	เพิ่มขึ้น
๓	๕๔	๕๔	๑๐๐	๑๐๐	คงเดิม
๔	๕๖	๗๐	๘๐	๘๐	คงเดิม
๕	๕๓	๖๐	๑๘	๘๘	เพิ่มขึ้น
๖	๖๓	๖๙	๕๘	๙๑	เพิ่มขึ้น
๗	๗๗	๗๗	๙๖	๑๐๐	เพิ่มขึ้น
๘	๘๔	๘๗	๖๔	๙๗	เพิ่มขึ้น
๙	๘๓	๙๗	๔๑	๘๖	เพิ่มขึ้น
๑๐	๗๖	๗๖	๑๐	๑๐๐	เพิ่มขึ้น
๑๑	๕๖	๗๔	๗๔	๗๖	เพิ่มขึ้น
๑๒	๗๗	๗๗	๓๑	๑๐๐	เพิ่มขึ้น
รวม	๘๐๒	๘๘๙	๕๖	๙๐	เพิ่มขึ้น

จากตาราง พบว่า ทุกเขตสุขภาพดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด

๓) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดำเนินการหน่วยงานคุณธรรม ร้อยละ ๓๐ โดยมีเป้าหมาย ๙ เดือน ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๒๐

ตารางที่ ๓ แสดงร้อยละการดำเนินงานหน่วยงานคุณธรรมระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแยกรายเขตสุขภาพ

เขตสุขภาพ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล		ร้อยละรอบที่ ๑	ร้อยละรอบที่ ๒	เปรียบเทียบรอบที่ ๑ และ ๒
	หน่วยงานคุณธรรม	หน่วยงานทั้งหมด			
๑	๑๐๘๙	๑๐๘๙	๗๔	๑๐๐	เพิ่มขึ้น
๒	๓๘๘	๖๑๙	๑๙	๖๓	เพิ่มขึ้น
๓	๕๗๘	๕๗๘	๑๐๐	๑๐๐	คงเดิม
๔	๔๖๗	๗๘๕	๔๙	๖๐	เพิ่มขึ้น
๕	๖๙๒	๗๙๕	๑๓	๘๗	เพิ่มขึ้น
๖	๖๓๓	๗๙๔	๔๑	๘๐	เพิ่มขึ้น
๗	๕๔๐	๘๑๔	๕๕	๖๖	เพิ่มขึ้น
๘	๕๙๔	๘๗๓	๒๐	๖๘	เพิ่มขึ้น
๙	๘๔๐	๙๔๐	๔๔	๘๙	เพิ่มขึ้น
๑๐	๖๑๗	๘๓๑	๒	๗๔	เพิ่มขึ้น
๑๑	๔๘๑	๗๑๑	๒๓	๖๘	เพิ่มขึ้น
๑๒	๖๒๙	๗๙๐	๓๒	๘๐	เพิ่มขึ้น
รวม	๗,๕๔๗	๙,๖๑๙	๓๙	๗๘	เพิ่มขึ้น

จากตาราง พบว่า ทุกเขตสุขภาพดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด

๔) สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ดำเนินการหน่วยงานคุณธรรม ร้อยละ ๑๐๐ โดยมีเป้าหมาย ๙ เดือน ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๘๐

ตารางที่ ๔ แสดงร้อยละการดำเนินงานหน่วยงานคุณธรรมระดับสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ แยกรายเขตสุขภาพ

เขตสุขภาพ	สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ		ร้อยละ รอบที่ ๑	ร้อยละ รอบที่ ๒	เปรียบเทียบ รอบที่ ๑ และ ๒
	หน่วยงานคุณธรรม	หน่วยงานทั้งหมด			
๑	๗	๗	๗๕	๑๐๐	เพิ่มขึ้น
๒	๗	๗	๕๐	๑๐๐	เพิ่มขึ้น
๓	๕	๕	๑๐๐	๑๐๐	คงเดิม
๔	๙	๑๑	๗๘	๘๒	เพิ่มขึ้น
๕	๘	๙	๒๕	๘๙	เพิ่มขึ้น
๖	๗	๗	๘๓	๑๐๐	เพิ่มขึ้น
๗	๔	๔	๒๕	๑๐๐	เพิ่มขึ้น
๘	๒	๒	๑๐๐	๑๐๐	คงเดิม
๙	๒	๒	๐	๑๐๐	เพิ่มขึ้น
๑๐	๗	๗	๑๔	๑๐๐	เพิ่มขึ้น
๑๑	๘	๑๑	๓๓	๗๓	เพิ่มขึ้น
๑๒	๖	๗	๒๙	๘๖	เพิ่มขึ้น
รวม	๗๒	๗๙	๕๑	๙๔	เพิ่มขึ้น

จากตาราง พบว่า เขตสุขภาพที่ดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๑, ๒, ๓, ๔, ๕, ๖, ๗, ๘, ๙, ๑๐ และ ๑๒ ส่วนเขตสุขภาพที่เหลืออยู่ระหว่างดำเนินการ

๕) หน่วยงานมีความก้าวหน้าในการดำเนินการพัฒนาโรงพยาบาลคุณธรรม/หน่วยงานคุณธรรมเพิ่มจากเดิมอย่างน้อย ๑ ระดับ โดยมีเป้าหมาย ๙ เดือน ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๙๐

ตารางที่ ๕ แสดงร้อยละการดำเนินงานของหน่วยงานมีความก้าวหน้าในการดำเนินการพัฒนาโรงพยาบาลคุณธรรม/หน่วยงานคุณธรรมเพิ่มจากเดิมอย่างน้อย ๑ ระดับ แยกรายเขตสุขภาพ

เขตสุขภาพ	หน่วยงานที่มีความก้าวหน้า		ร้อยละ รอบที่ ๑	ร้อยละ รอบที่ ๒	เปรียบเทียบ รอบที่ ๑ และ ๒
	หน่วยงานคุณธรรม	หน่วยงานทั้งหมด			
๑	๕๗๕	๑,๒๐๓	๒๖	๔๘	เพิ่มขึ้น
๒	๕๒	๗๒๔	๓	๗	เพิ่มขึ้น
๓	๖๙๖	๖๙๖	๑	๑๐๐	เพิ่มขึ้น
๔	๔๙๑	๙๓๖	-	๕๒	-
๕	๖๙	๑,๐๔๑	๗	๗	คงเดิม
๖	๔๓๒	๔๙๕	๒๕	๘๗	เพิ่มขึ้น
๗	๔๑๒	๙๖๙	-	๔๓	เพิ่มขึ้น
๘	๖๕๕	๑,๐๕๖	๕๗	๖๒	เพิ่มขึ้น
๙	๕๔๙	๖๖๙	-	๘๒	-
๑๐	๗๗๐	๙๘๔	-	๗๘	-
๑๑	๒๙๗	๘๘๒	-	๓๔	-

เขตสุขภาพ	หน่วยงานที่มีความก้าวหน้า		ร้อยละ รอบที่ ๑	ร้อยละ รอบที่ ๒	เปรียบเทียบ รอบที่ ๑ และ ๒
	หน่วยงานคุณธรรม	หน่วยงานทั้งหมด			
๑๒	๗๙๗	๗๙๗	-	๑๐๐	-
รวม	๕,๗๙๕	๑๐,๔๕๒	๒๐	๕๘	เพิ่มขึ้น

จากผลการดำเนินงาน พบว่า เขตสุขภาพที่หน่วยงานมีความก้าวหน้าในการดำเนินการพัฒนาหน่วยงานคุณธรรมเพิ่มจากเดิมอย่างน้อย ๑ ระดับ มี ๒ เขตสุขภาพ คือ ๓ และ ๑๒ ส่วนที่เหลืออยู่ระหว่างดำเนินงานตามกระบวนการให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด

๖) มีหน่วยงานคุณธรรมต้นแบบ อย่างน้อยเขตสุขภาพละ ๑ หน่วยงานโดยมีเป้าหมาย ๙ เดือน ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๗๕ (๘ เขตสุขภาพ จาก ๑๒ เขตสุขภาพ)

ตารางที่ ๖ แสดงร้อยละการดำเนินงานของหน่วยงานคุณธรรมต้นแบบ แยกรายเขตสุขภาพ

เขตสุขภาพ	หน่วยงานคุณธรรมต้นแบบ (แห่ง)
	รอบที่ ๒
๑	๑
๒	๒
๓	๙
๔	๑๔
๕	๒
๖	๕
๗	๒
๘	๒
๙	๑
๑๐	๔
๑๑	๑
๑๒	๓
รวม	๕๖

จากผลการดำเนินงาน พบว่า ทุกเขตสุขภาพมีหน่วยงานคุณธรรมต้นแบบเป็นไปตามเป้าหมาย ที่กำหนด

๒.๓ การตรวจสอบภายใน

การตรวจสอบภายในเป็นกิจกรรมการให้ความเชื่อมั่นและการให้คำปรึกษาอย่างเที่ยงธรรมและเป็นอิสระ ซึ่งจัดให้มีขึ้นเพื่อเพิ่มคุณค่าและปรับปรุงการปฏิบัติงานของส่วนราชการให้ดีขึ้น การตรวจสอบภายในจะช่วยให้ส่วนราชการบรรลุถึงเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ด้วยการประเมินและปรับปรุงประสิทธิภาพของกระบวนการบริหารความเสี่ยง การควบคุม และการกำกับดูแลอย่างเป็นระบบโดยคณะกรรมการตรวจสอบภายใน ภาศิเครือข่ายระดับเขต ระดับจังหวัด ที่ได้รับแต่งตั้งตามคำสั่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อปฏิบัติงานตรวจสอบภายในระดับจังหวัดและตรวจสอบภายในระดับเขต โดยภาศิเครือข่ายคณะกรรมการตรวจสอบภายในระดับจังหวัด ปฏิบัติงานตรวจสอบภายในครอบคลุมทุกระดับตามแนวทางของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๑.วิเคราะห์สถานการณ์ ความสำคัญสภาพปัญหาของพื้นที่

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้ง ๗๖ จังหวัด มีแผนการตรวจสอบภายในประจำปี พ.ศ. ๒๕๕๙ และแผนการตรวจสอบภายในครอบคลุมทุกระดับตั้งแต่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บางจังหวัดได้จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการตรวจสอบภายในภาคีเครือข่ายระดับอำเภอ เพื่อตรวจสอบหน่วยบริการให้ครบถ้วนทุกแห่งให้เป็นไปตามนโยบายที่กำหนด โดยคณะกรรมการตรวจสอบภายในภาคีเครือข่ายระดับจังหวัด แจ้งผลการตรวจสอบให้หน่วยรับตรวจทราบเพื่อปรับปรุงแก้ไขแต่ยังไม่ครบถ้วน และไม่เป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนด ซึ่งคณะกรรมการตรวจสอบควรมีมาตรการควบคุมกำกับเร่งรัดให้หน่วยรับตรวจส่งรายงานแจ้งผลการปรับปรุงและแก้ไขตรวจสอบตามแผนฯ ๑๐๐ % ให้แล้วเสร็จรอบใน ๙ เดือน ซึ่งส่วนมากดำเนินการตรวจสอบเสร็จ แต่ไม่ได้สรุปรายงานผลการตรวจสอบเสนอต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และบางจังหวัดก็มีแผนการตรวจสอบถึงเดือนกันยายน ๒๕๕๙ และสำหรับการวิเคราะห์ปัญหาเพื่อวางระบบแก้ไขปัญหในภาพรวมจังหวัดอยู่ระหว่างดำเนินการ

๒.ปัจจัยความสำเร็จ (Key Success)

๒.๑ ผู้บริหารให้การสนับสนุน โดยให้มีการตรวจสอบภายในภาคีเครือข่ายระดับจังหวัด

๒.๒ เร่งรัดติดตามผลการตรวจสอบภายในและควบคุมภายในของหน่วยบริการเพื่อการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลอันเป็นประโยชน์ต่อจังหวัด ซึ่งคณะกรรมการตรวจสอบภายในภาคีเครือข่ายระดับจังหวัดต้องวิเคราะห์ปัญหาในการวางระบบแก้ไขปัญหในภาพรวมจังหวัด

๓.ปัญหา/อุปสรรคที่พบ

๓.๑ คณะกรรมการตรวจสอบภายในภาคีเครือข่ายที่ได้รับการแต่งตั้ง มีภาระงานหลักที่ต้องรับผิดชอบ จึงทำให้ไม่สามารถร่วมตรวจสอบกับคณะได้ครบถ้วนทุกหน่วยงาน

๓.๒ ข้อตรวจพบเป็นปัญหาเดิม ที่หน่วยรับตรวจได้แก้ไขเฉพาะปัญหาที่ถูกทักท้วง ซึ่งไม่ได้นำผลการทักท้วงไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

๓.๓ ผู้ปฏิบัติงานยังให้ความสำคัญกับระบบการควบคุมภายในและการตรวจสอบภายในน้อยเนื่องจากมีภาระงานรับผิดชอบมากและเร่งรัดจำนวนมาก

๓.๔ มีการเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบในเรื่องการควบคุมภายใน/ตรวจสอบภายใน และมีการมอบหมายงาน ผู้รับผิดชอบใหม่ส่งผลให้งานควบคุมภายในขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน

๓.๕ คณะกรรมการภาคีเครือข่ายตรวจสอบภายในมิได้ปฏิบัติงานตรวจสอบภายในเฉพาะด้าน ต้องปฏิบัติงานด้านอื่นด้วย

๓.๖ ระยะเวลาในการปฏิบัติงานตรวจสอบภายในน้อยเกินไป ควรกำหนดระยะเวลาการตรวจสอบให้เหมาะสมกับประเด็นการตรวจสอบเพื่อให้เกิดผลในเชิงคุณภาพมากกว่าปริมาณ

๔.ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและโอกาสพัฒนา

๔.๑ ควรจัดให้มีโครงสร้างงานตรวจสอบภายในประจำสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ขึ้นตรงต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

๔.๒ ควรกำหนดให้มีตำแหน่งผู้ตรวจสอบภายใน ระดับจังหวัดเพื่อให้การตรวจสอบภายในที่เกิดประสิทธิภาพ ประสิทธิผล

๔.๓ ส่งเสริมพัฒนาผู้ที่ทำหน้าที่การตรวจสอบภายในทุกระดับ

๔.๔ ควรสนับสนุนงบประมาณการบริหารจัดการเพื่อให้งานตรวจสอบภายใน และการควบคุมภายใน ดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดความเสี่ยงขององค์กรในภาพรวม

๔.๕ ให้มีการจัดฝึกอบรมแก่ผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ ให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับระเบียบ ข้อบังคับ กฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้องอย่างสม่ำเสมอ เพื่อปลูกจิตใต้สำนึกที่ดี ตระหนักในการปฏิบัติงานราชการ

๔.๖ ข้อทักท้วงที่เกิดจากการติดตามผลการตรวจสอบภายใน ทุกหน่วยบริการให้ความสำคัญโดยกำหนดเป็นนโยบายเร่งด่วนเพื่อลดความเสี่ยงและผลกระทบที่รุนแรง

๓. การบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพสมเหตุสมผล และมีจริยธรรม

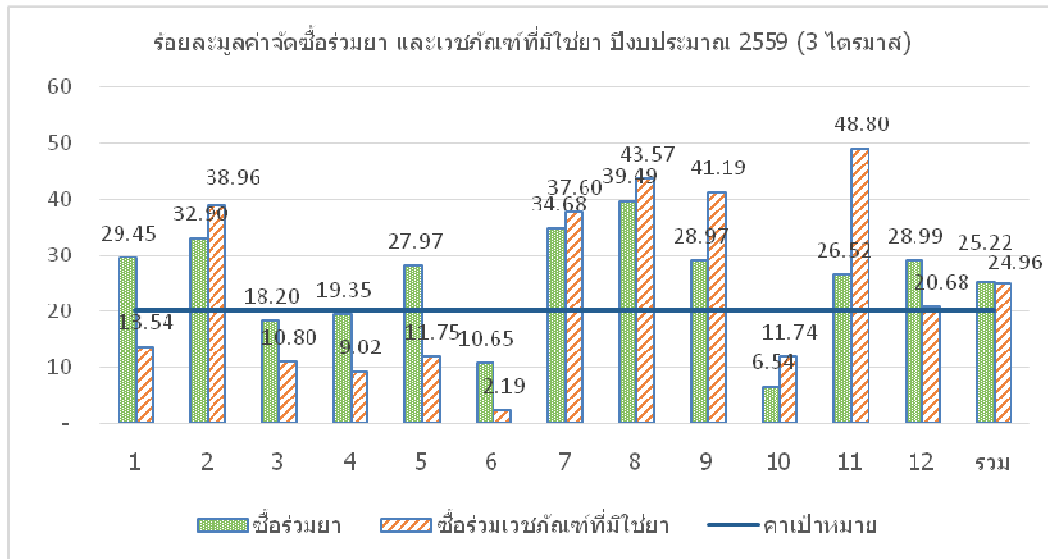
๑. สถานการณ์

เขตสุขภาพต่างๆมีการบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาประเภทต่างๆ ในหน่วยงานทุกระดับ ดำเนินการในรูปของคณะกรรมการโดยระดับเขตส่วนใหญ่มีการแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อจัดซื้อร่วม และมีการแต่งตั้งคณะทำงานแยกตามหมวดเวชภัณฑ์ แต่มีบางเขตที่ยังไม่มีคณะกรรมการด้านเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา

จังหวัดส่วนใหญ่มีการจัดทำรอบบัญชีรายการยาที่สอดคล้องและลดหลั่นกันตามระดับของโรงพยาบาล ตามประเภทของ Service planสำหรับรอบบัญชีรายการเวชภัณฑ์มีใช้ยามีการจัดทำแล้วเพียงบางประเภทและ บางจังหวัด

โรงพยาบาลทุกแห่งมีการจัดทำแผนการจัดซื้อจัดจ้างยา และเวชภัณฑ์ประเภทต่างๆ ประจำปี ๒๕๕๙ ได้รับอนุมัติจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมีการติดตามกำกับการจัดซื้อเทียบกับแผนฯ ในบางเขต และส่วนใหญ่มีการขออนุมัติปรับแผนโดยมีแนวทางปฏิบัติที่แตกต่างกันไปมีการดำเนินการจัดซื้อตามระเบียบ พัสดุ โดยวิธีต่างๆ ตามวงเงินในแผนจัดซื้อ โดยเฉพาะในการจัดซื้อวัสดุที่มีมูลค่าการจัดซื้อสูงส่วนใหญ่จะใช้วิธีประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์ (e-bidding) และใช้สัญญาจะซื้อจะขายราคาคงที่ไม่จำกัดปริมาณโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่มียอดการจัดซื้อน้อย ยังใช้วิธีการตกลงราคาโดยใช้ราคาอ้างอิงจากเขต หรือ โรงพยาบาลข้างเคียง มาประกอบการตัดสินใจ

การจัดซื้อร่วม มีการดำเนินการจัดซื้อร่วมยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาทั้งในระดับเขตและจังหวัด ผลการดำเนินงานในภาพรวมของยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา ไตรมาส ๑-๓ ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ พบว่า มีการจัดซื้อร่วมยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา เป็นมูลค่า ๘,๔๑๘.๖๙ ล้านบาท จากมูลค่าการจัดซื้อทั้งหมด ๓๓,๕๐๓.๙๖ ล้านบาทคิดเป็น ร้อยละ ๒๕.๑๓ (ยา ร้อยละ ๒๕.๒๒ และเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา ร้อยละ ๒๔.๙๖) โดยเขตที่มีการดำเนินงานตามเป้าหมายที่กำหนด ได้แก่ เขต ๑, ๒, ๕, ๗, ๘, ๙, ๑๑ และ ๑๒



จังหวัดส่วนใหญ่มีแผนสำรองร่วม/คลังร่วมยาและเวชภัณฑ์ที่มีใบยาประเภทเวชภัณฑ์การแพทย์ โดยโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลแม่ข่าย (Node) เป็นคลังสำรองให้กับโรงพยาบาลชุมชนในยา และเวชภัณฑ์รายการที่ใช้บ่อย เช่น ยาแก้ปวด เชื้อแบคทีเรีย ยาต้านพิษ ยาสนับสนุนตาม Service plan, ขวด Hemoculture, Transport media, เลือด การจัดบริการร่วมโดยมีระบบส่งตัวอย่างตรวจต่อไปยัง โรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าและมีระบบเรียกเก็บเงินด้วยระบบตามจ่าย หรือใช้วิธียืมระหว่างโรงพยาบาลและซื้อคืนในภายหลัง

ทุกจังหวัดมีระบบการควบคุมและกำกับติดตามการดำเนินงานบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มีใบยา มีการกำหนดเวลาการส่ง และสรุปรายงานในระดับต่างๆ ตามช่วงเวลาที่กำหนดเช่น รายงานต่อผู้บริหาร โรงพยาบาล/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นรายเดือน/รายไตรมาส รายงานผลการดำเนินงานฯ รายไตรมาสให้ ศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์ กระทรวงสาธารณสุข (DMSIC) ทางเว็บไซต์ <http://dmsic.moph.go.th> โดยพบว่า หน่วยงานส่วนใหญ่มีการรายงานข้อมูลด้านยาค่อนข้างครบถ้วน ทันเวลา แต่ด้านเวชภัณฑ์ที่มีใบยาประเภทต่างๆ ยังมีการรายงานค่อนข้างต่ำ

การพัฒนาประสิทธิภาพด้านการสั่งใช้ยาและเวชภัณฑ์ที่มีใบยาอย่างสมเหตุผล โรงพยาบาลส่วนใหญ่ โดยเฉพาะโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปมีระบบกำกับประเมินการใช้ยา (DUE) โดยเฉพาะยาปฏิชีวนะ และกลุ่มยาราคาแพง มีการเข้าร่วมโครงการ Rational Drug Use Hospital ของโรงพยาบาลในบางเขต เช่น เขตสุขภาพที่ ๑, ๑๐, ๑๒ มีการดำเนินโครงการ Antibiotic smart use (ASU) ในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ส่วนบน (URI) โรคท้องร่วงเฉียบพลัน (AGE) แต่ในส่วนของเวชภัณฑ์ที่มีใบยายังไม่มีระบบการกำกับประเมินการใช้ที่เป็นรูปธรรมชัดเจน

โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป มีการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้แลบเพื่อเสนอผู้บริหารและองค์กรแพทย์พิจารณาติดตามกำกับและประเมินการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล เช่น HbA_{1c}, micro albumin, Thyroid/Kidney/Liver Function test, Hemoculture เป็นต้น มีการประชุมร่วมกันระหว่างห้องปฏิบัติการทางการแพทย์และองค์กรแพทย์ มีการกำหนดเกณฑ์ในการส่งแลบภายในโรงพยาบาลและกรณี

ต้องส่งต่อแต่โรงพยาบาลชุมชนยังไม่มี การดำเนินการ และโรงพยาบาลระดับจังหวัดเพียงบางแห่งมีแนวทางการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (Lab smart use) และมีการติดตามประเมินผลโดยคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง

หน่วยบริการต่างๆ มีการจัดทำประกาศแนวปฏิบัติตามเกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการจัดซื้อจัดหาและการส่งเสริมการขายยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาเช่น การปิดประกาศ แจ้งผู้เกี่ยวข้องเพื่อทราบ ครอบคลุมเกือบ ๑๐๐% แต่ส่วนใหญ่ยังขาดการประเมินผลการปฏิบัติตามเกณฑ์จริยธรรมฯ และกลไกระดับจังหวัดในการส่งเสริมวัฒนธรรมองค์กร ให้มีการยกย่อง เชิดชูหน่วยงาน องค์กร หรือผู้ปฏิบัติที่มีการประพฤติปฏิบัติตามระเบียบและเกณฑ์จริยธรรมที่ดี

๒. ปัจจัยความสำเร็จ

- ๑) การกำหนดนโยบาย มาตรการ และแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน โดยผู้บริหารสูงขององค์กร
- ๒) การให้การสนับสนุนและการติดตามกำกับกับการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องให้สอดคล้อง และสำเร็จลุล่วง

๓. ปัญหา อุปสรรคที่พบ

- ๑) การจัดซื้อยาร่วมทั้งระดับจังหวัดและระดับเขต ยังมีปัญหาการบริหารจัดการ และไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในการบันทึกโปรแกรมระบบ e-GP
- ๒) การดำเนินการจัดซื้อยาร่วมระดับเขตยังมีความล่าช้าและยังไม่ได้ดำเนินการจัดซื้อยาร่วมเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาทุกประเภทระดับเขต
- ๓) การบริหารจัดการด้านเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาแต่ละประเภทของหน่วยงานต่างๆยังมีความหลากหลาย ไม่มีผู้รับผิดชอบโดยรวมที่ชัดเจน การจำแนกประเภทหมวดหมู่รายการเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา โดยเฉพาะวัสดุการแพทย์ วัสดุวิทยาศาสตร์ ไม่ตรงกันเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องด้านพัสดุยังขาดความรู้ด้านระเบียบฯ ทักษะการดำเนินการจัดซื้อ ร่วม/การดำเนินการจัดซื้อผ่านระบบ e-GP และมีจำนวนไม่เพียงพอกับภาระงาน

๔. ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะต่อหน่วยรับตรวจ

- ๑) ควรมีการจัดทำกรอบบัญชีรายการเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา และเกณฑ์ศักยภาพการให้บริการของโรงพยาบาล แต่ละระดับในภาพของเขต/จังหวัดที่สอดคล้องกับ Service plan ให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน ครอบคลุมทุกหน่วยบริการ
- ๒) ควรมีการจัดซื้อตามแผนให้ถูกต้องตามระเบียบฯ พัสดู ตามรายการวัสดุและวงเงินจัดซื้อต่อปี โดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชน
- ๓) ควรมีการจัดซื้อร่วมในระดับจังหวัด/เขต ด้วยวิธี e-bidding/สอบราคา ในรายการยาและเวชภัณฑ์ฯ ที่ใช้ร่วมกันมากทั้งจังหวัด
- ๔) ควรจัดทำแนวทางเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลการใช้ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ สนับสนุนให้แพทย์ร่วมพิจารณาหาแนวทางในการกำหนดเกณฑ์การส่งแลอย่างสมเหตุผลและควรสนับสนุนให้มีการนำแนวทาง Lab smart use มาใช้และกำหนดเป็นตัวชี้วัด
- ๕) กระบวนการคัดเลือกวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ตามระบบคุณภาพและตามความเหมาะสมของการให้บริการตาม Service plan ควรมีการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร

๖) ควรมีการนำเสนอข้อมูลผลลัพธ์ของการดำเนินงาน DUE ต่อผู้บริหารทุกระดับ เพื่อให้การดำเนินงานเป็นประโยชน์ในเชิงรูปธรรม

๗) จังหวัดควรมีกองเสริมวัฒนธรรมองค์กร ให้มีการยกย่อง เชิดชูหน่วยงาน องค์กร หรือผู้ปฏิบัติที่มีการประพฤติปฏิบัติตามระเบียบและเกณฑ์จริยธรรมที่ดี

๘) ให้หน่วยงานทุกแห่งส่งรายงานผลการดำเนินงานจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาให้กับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อสรุปผลการดำเนินการบริหารจัดการในภาพรวม และจัดทำราคาอ้างอิงให้หน่วยงานต่างๆ ใช้เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาดำเนินการจัดซื้อ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและโอกาสพัฒนา

๑) ควรพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องด้านการจัดซื้อจัดหาตามระเบียบฯ พัสตุ รวมทั้งประสานการจัดทำแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในการดำเนินการจัดซื้อด้วยวิธี e-bidding / การลง-บันทึกข้อมูลในระบบ e-GP

๒) ควรกำหนดรายการวัสดุแต่ละชนิดให้ชัดเจน เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ ไม่เกิดความซ้ำซ้อน โดยเฉพาะวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์และวัสดุการแพทย์

๓) ควรจัดระบบกำกับติดตามข้อมูลในภาพรวมของจังหวัด/เขต และมอบหมายให้ผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนในแต่ละกลุ่มเวชภัณฑ์

๔) ควรปรับแนวทางในการติดตามประสิทธิภาพระบบบริหารเวชภัณฑ์ที่สอดคล้องกับข้อมูลและสถานการณ์จริง โดยคำนึงถึงปริมาณงานการให้บริการด้วย ควรกำหนดแนวทางการเรียกเก็บค่าบริการการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ในเครือข่าย

๕) ควรบูรณาการการนิเทศติดตามการพัฒนาระบบงานทันตกรรม งานรังสีวินิจฉัย และงานห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ให้ครอบคลุมทุกด้าน ทั้งด้านการเงินการคลัง บุคลากร service plan และระบบสารสนเทศ โดยมีผู้เกี่ยวข้องเข้าร่วมรับการนิเทศ ติดตาม กำกับด้วย จะทำให้รับทราบปัญหาของพื้นที่ และเข้าใจนโยบายจะทำให้ได้รับความร่วมมือในการปฏิบัติ

๕. นวัตกรรมที่เป็นแบบอย่าง

เขตสุขภาพที่ ๑ โครงการ Rational Drug Use Hospital (RDU Hospital) ระดับเขตสุขภาพโดยมีโรงพยาบาลลำปางเป็นแม่ข่าย/โครงการควบคุมและป้องกันเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ (Antimicrobial Resistant, AMR) จังหวัดลำพูน (โรงพยาบาลลำพูน และโรงพยาบาลป่าซาง)

เขตสุขภาพที่ ๕ การเจรจาต่อรองราคาระดับเขต เพื่อจัดหาน้ำยาตรวจวิเคราะห์ Serum Creatinine ด้วยวิธีเอนไซม์ (Enzymatic method) ให้แก่ทุกห้องปฏิบัติการ สามารถค่าใช้จ่ายได้ร้อยละ ๒๐.๖

เขตสุขภาพที่ ๘ การดำเนินการจัดซื้อยาร่วมระดับเขต โดยวิธีต่อรองราคาร่วม ผ่านระบบ Electronics Web Server โดยนำรายการยาที่มีมูลค่าการจัดซื้อต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด และรายการยาองค์การเภสัชกรรมที่มีการแจ้งขาดบอญมาดำเนินการ จำนวน ๒๐๐ รายการ

๔. ประสิทธิภาพในการบริหารการเงินสามารถควบคุมปัญหาการเงินระดับ ๗ ของหน่วยบริการในพื้นที่ (ไม่เกินร้อยละ ๑๐)

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

แนวทางการดำเนินงานเพื่อลดปัญหา หรือควบคุมปัญหาการเงินของหน่วยบริการในพื้นที่ เพื่อบรรลุผลตามตัวชี้วัด “ประสิทธิภาพของการบริหารการเงิน สามารถควบคุมปัญหาการเงินระดับ ๗ ของหน่วยบริการในพื้นที่ (ไม่เกินร้อยละ ๑๐) โดยกำหนดเป็นมาตรการดำเนินงานในพื้นที่ ๔ มาตรการสำคัญ

- ๑) มีคณะทำงาน และกลไกการทำงานร่วม เพื่อแก้ปัญหาในพื้นที่ สำหรับโรงพยาบาลที่มีปัญหาการเงิน
- ๒) หน่วยบริการ "มี" และ "ใช้" แผนทางการเงิน Planfin เพื่อเป็นเครื่องมือในการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังหน่วยบริการ
- ๓) หน่วยบริการมีการพัฒนาการจัดทำต้นทุนบริการ Unit cost เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพทางการบริหาร
- ๔) มีการพัฒนาระบบการประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง FAI

๒. สถานการณ์ในภาพรวม

๑) ทุกเขตได้ให้ความสำคัญต่อการแก้ไขปัญหาสถานะทางการเงินมีการดำเนินงานในรูปของคณะทำงานร่วมในระดับเขต จังหวัด และอำเภอ โดยใช้แนวทางแก้ไขปัญหที่แตกต่างกัน

๒) ทุกเขตมีการติดตามเปรียบเทียบแผน-ผล Planfin ในไตรมาสที่ ๓ แต่มีเพียงบางเขตได้ให้ความสำคัญและนำไปใช้เพื่อควบคุมกำกับ

๓) มีการใช้ต้นทุนบริการหรือ Unit cost ในแบบ Quick Method เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพในการดำเนินงาน และมีหลายจังหวัดกำหนดนโยบายให้มีการจัดทำ Modified full cost ครอบคลุมหน่วยบริการ

๔) มีการประเมินประสิทธิภาพทางการเงินการคลัง FAI ใน ๔ กิจกรรม ได้แก่ การควบคุมภายใน การพัฒนาคุณภาพบัญชี การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง และการพัฒนาการจัดทำต้นทุนบริการ กิจกรรมที่มีผลสำเร็จสูงสุดคือ การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง (ร้อยละ ๙๔.๕๗) ส่วนกิจกรรมที่มีผลสำเร็จต่ำสุด คือ การควบคุมภายใน (ร้อยละ ๘๙.๓๒)

ปัญหาทางการเงินระดับ ๗ ในไตรมาส ๓/๒๕๕๙ จำนวนโรงพยาบาลระดับ ๗ ทั้งสิ้น ๘๖ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๙.๘๕ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างไตรมาส ๒/๒๕๕๙ พบว่าจำนวนหน่วยบริการที่ประสบปัญหาทางการเงินระดับ ๗ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากไตรมาสที่ผ่านมาเกือบทุกเขต ยกเว้น เขต ๔ มีระดับ ๗ ลดลง สำหรับเขตที่ไม่มีปัญหาระดับ ๗ ในไตรมาสที่ ๓ ได้แก่ เขต ๙

ตารางเปรียบเทียบระดับ ๗ ไตรมาส ๑/๕๙ – ๓/๕๙

เขต	ไตรมาส ๑ ปี ๕๙	ไตรมาส ๒ ปี ๕๙	ไตรมาส ๓ ปี ๕๙	รพ.ที่ส่งงบ ไตรมาส ๓/๕๙	ร้อยละ รพ.ระดับ ๗ (ไตรมาส ๓ ปี ๕๙)
๑	๑๐	๓	๘	๑๐๐	๘%
๒	๗	๑	๘	๔๗	๑๗.๐๒%
๓	๑	๓	๑๑	๕๓	๒๐.๗๕%
๔	๑๔	๗	๑	๗๑	๑.๔๑%
๕	๑๑	๔	๘	๖๖	๑๒.๑๒%
๖	๐	๐	๑	๗๒	๑.๓๙%
๗	๓	๔	๑๑	๖๗	๑๖.๔๒%
๘	๔	๒	๘	๘๖	๙.๓๐%
๙	๑	๐	๐	๘๗	๐%
๑๐	๑๐	๒	๕	๗๑	๗.๐๔%
๑๑	๑๐	๘	๙	๗๖	๑๑.๘๕%
๑๒	๓	๑๐	๑๖	๗๗	๒๐.๗๘%
รวม	๗๔	๔๔	๘๖	๘๗๓	๙.๘๕%

๓. ข้อมูลในการตรวจติดตาม

เขตสุขภาพที่ ๑ (ใช้วิธีการตรวจราชการแบบข้ามจังหวัด)

เขต	ชื่อจังหวัด	เป้าหมายไม่เกินร้อยละ ๑๐		ร้อยละ
		จำนวน รพ. (แห่ง)	รพ. ระดับ ๗ (แห่ง)	
๑	เชียงราย	๑๘	๐	-
๑	เชียงใหม่	๒๔	๖	๒๕.๐๐
๑	น่าน	๑๕	๑	๖.๖๗
๑	พะเยา	๙	๐	-
๑	แพร่	๘	๐	-
๑	แม่ฮ่องสอน	๗	๑	๑๔.๒๙
๑	ลำปาง	๑๓	๐	-
๑	ลำพูน	๘	๐	-
๑ ผลรวม		๑๐๐	๘	๘.๐๐

ผลการดำเนินงานตามมาตรการ

๑) เขตสุขภาพที่ ๑ ทุกจังหวัดมีคณะทำงาน และกลไกการทำงานร่วม ในระดับเขต จังหวัด และอำเภอ เพื่อแก้ปัญหาในพื้นที่ มีมาตรการในการควบคุมค่าใช้จ่าย เพิ่มรายได้ และให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพ บัญชี โดยในจังหวัดเชียงราย มีการพัฒนาและจัดตั้งศูนย์จัดเก็บรายได้ พัฒนาโปรแกรมการตรวจสอบระบบการ

claim โปรแกรมการบริหารพัสดุ ยา และเวชภัณฑ์มีใช้ยา รองรับการพัฒนาประสิทธิภาพด้านการเงินการคลัง และแผนการถ่ายทอดให้รพ.ทุกแห่งในจังหวัดภายในเดือนกันยายน ๒๕๕๙

ในจังหวัดน่าน จังหวัดพะเยา จังหวัดแพร่ จังหวัดลำปาง จังหวัดลำพูน ให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพข้อมูลทางบัญชี มีการตรวจสอบงบการเงินและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหน่วยบริการ และพัฒนาศักยภาพนักบัญชี มีการพัฒนากระบวนการจัดทำ Unit cost แบบ Modified Full cost แต่ยังไม่ครบถ้วนทุกหน่วยบริการ

๒) ทุกหน่วยบริการมีการจัดทำแผนทางการเงินหรือ planfin แต่มีส่วนน้อยที่นำไปใช้อย่างเป็นรูปธรรม หรือวิเคราะห์ปัญหาที่ชัดเจน แต่ก็มีบางจังหวัดเช่น ลำปาง ที่ให้ความสำคัญและกำหนดให้มีการจัดทำแผนบำรุงในรพ.สต.ทุกแห่ง

๓) การจัดทำต้นทุนมีการพัฒนาการจัดทำต้นทุนแบบ modified full cost แต่ยังขาดความต่อเนื่องและยังไม่ได้มีการไปใช้ประโยชน์ รวมทั้งมีปัญหาเรื่องคุณภาพของข้อมูลบริการในการนำมาใช้ทำต้นทุน

๔) มีการพัฒนาระบบและมีการติดตามประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง FAI ๔ ด้าน ได้แก่ การควบคุมภายใน การพัฒนาคุณภาพบัญชี การเพิ่มประสิทธิภาพการเงินการคลัง และการจัดทำต้นทุนบริการ พบว่าดำเนินการได้สำเร็จตามเป้าหมายทุกกิจกรรม

เขตสุขภาพที่ ๒

เขต	ชื่อจังหวัด	เป้าหมายไม่เกินร้อยละ ๑๐		ร้อยละ
		จำนวน รพ. (แห่ง)	รพ. ระดับ ๗ (แห่ง)	
๒	ตาก	๙	๐	-
๒	พิษณุโลก	๙	๑	๑๑.๑๑
๒	เพชรบูรณ์	๑๑	๔	๓๖.๓๖
๒	สุโขทัย	๙	๒	๒๒.๒๒
๒	อุตรดิตถ์	๙	๑	๑๑.๑๑
๒ ผลรวม		๔๗	๘	๑๗.๐๒

ผลการดำเนินงานตามมาตรการ

- ๑) มีคณะทำงาน และกลไกการทำงานร่วมเพื่อแก้ปัญหาในพื้นที่
- ๒) หน่วยบริการมีการปรับตัวและมีการดำเนินการตามแผนทางการเงิน
- ๓) มีการพัฒนาการจัดทำต้นทุนและเก็บข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพการให้บริการ
- ๔) มีการพัฒนาระบบและมีการติดตามประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง FAI ๔ ด้าน ได้แก่ การควบคุมภายใน การพัฒนาคุณภาพบัญชี การเพิ่มประสิทธิภาพการเงินการคลัง และการจัดทำต้นทุนบริการ พบว่าดำเนินการได้สำเร็จตามเป้าหมายทุกกิจกรรม

เขตสุขภาพที่ ๓

เขต	ชื่อจังหวัด	เป้าหมายไม่เกินร้อยละ ๑๐		ร้อยละ
		จำนวน รพ. (แห่ง)	รพ. ระดับ ๗ (แห่ง)	
๓	กำแพงเพชร	๑๒	๑	๘.๓๓
๓	ชัยนาท	๘	๑	๑๒.๕๐
๓	นครสวรรค์	๑๓	๕	๓๘.๔๖
๓	พิจิตร	๑๒	๒	๑๖.๖๗
๓	อุทัยธานี	๘	๒	๒๕.๐๐
๓ ผลรวม		๕๓	๑๑	๒๐.๗๕

ผลการดำเนินงานตามมาตรการ

๑) มีความก้าวหน้าในการดำเนินงานคณะทำงานเพื่อแก้ปัญหาในพื้นที่ ในหลายจังหวัด มีการทำ LOI และวางมาตรการเชิงรุกในการหารายได้ เช่น จากบริการแผนไทย ทันตกรรม มีรณรงค์เรื่องการสั่งใช้ยาตาม ASU ทบทวนการจ่ายยาเท่าที่จำเป็น นโยบายการจัดซื้อยาราคาถูกที่คุณภาพใกล้เคียงกัน การใช้วัสดุทันตกรรมทั้งเครื่องใช้อำเภอ การลดเรื่องการเบิกค่าตอบแทนนอกเวลา การพัฒนาคุณภาพห้องพิเศษ ใช้งานได้ ๑๐๐% สำรองวัสดุทุกประเภทลดลง ควบคุมค่าสาธารณูปโภค

๒) มีการรายงานเปรียบเทียบแผน-ผลในการใช้ planfin เพื่อการควบคุมกำกับ แต่ยังไม่มียางานความชัดเจนในการนำมาใช้

๓) มีการดำเนินการพัฒนาต้นทุนบริการในจังหวัด ชัยนาท นครสวรรค์ และมีการทำ modified full cost ครบทุกโรงพยาบาลในจังหวัดกำแพงเพชร

๔) มีการพัฒนาระบบและมีการติดตามประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง FAI ๔ ด้าน ได้แก่ การควบคุมภายใน การพัฒนาคุณภาพบัญชี การเพิ่มประสิทธิภาพการเงินการคลัง และการจัดทำต้นทุนบริการ พบว่าดำเนินการได้สำเร็จตามเป้าหมายทุกกิจกรรม

เขตสุขภาพที่ ๔

เขต	ชื่อจังหวัด	เป้าหมายไม่เกินร้อยละ ๑๐		ร้อยละ
		จำนวน รพ. (แห่ง)	รพ. ระดับ ๗ (แห่ง)	
๔	นครนายก	๔	๐	-
๔	นนทบุรี	๗	๐	-
๔	ปทุมธานี	๘	๑	๑๒.๕๐
๔	พระนครศรีอยุธยา	๑๖	๐	-
๔	ลพบุรี	๑๑	๐	-
๔	สระบุรี	๑๒	๐	-
๔	สิงห์บุรี	๖	๐	-
๔	อ่างทอง	๗	๐	-
๔ ผลรวม		๗๑	๑	๑.๔๑

ผลการดำเนินงานตามมาตรการ

๑) มีความก้าวหน้าในการแก้ปัญหาการเงิน คณะทำงาน CFO , คณะทำงาน LOI ระดับจังหวัด/ระดับอำเภอ มีการวิเคราะห์สถานการณ์ รวมทั้งกำหนดประเด็นที่เป็นปัญหาของหน่วยบริการที่ต้องได้รับการแก้ไขเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องเสนอรายงานต่อ กวป.ประจำทุกเดือน โดยเฝ้าระวังเป็นการเฉพาะโรงพยาบาลที่มีประชากรต่ำกว่า ๓๐,๐๐๐ คน

๒) มีการติดตามแผนทางการเงิน หรือ planfin ทุกจังหวัด และมีการใช้ PLANFIN จัดทำโดยคณะ CFO Cup/สสอ.ทุกแห่ง ทั้งระดับโรงพยาบาลและ รพ.สต. ในจังหวัดปทุมธานี

๓) มีการพัฒนาจัดทำต้นทุนบริการ สำหรับการคิดต้นทุนด้วยวิธี modified full cost ที่จังหวัดนครนายก อ่างทอง

๔) มีการพัฒนาระบบและมีการติดตามประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง FAI ๔ ด้าน ได้แก่ การควบคุมภายใน การพัฒนาคุณภาพบัญชี การเพิ่มประสิทธิภาพการเงินการคลัง และการจัดทำต้นทุนบริการ พบว่าดำเนินการได้สำเร็จตามเป้าหมายทุกกิจกรรม

เขตสุขภาพที่ ๕ (ใช้วิธีการตรวจแบบไขว้จังหวัด)

เขต	ชื่อจังหวัด	เป้าหมายไม่เกินร้อยละ ๑๐		ร้อยละ
		จำนวน รพ. (แห่ง)	รพ. ระดับ ๗ (แห่ง)	
๕	กาญจนบุรี	๑๕	๑	๖.๖๗
๕	นครปฐม	๙	๐	-
๕	ประจวบคีรีขันธ์	๘	๑	๑๒.๕๐
๕	เพชรบุรี	๘	๔	๕๐.๐๐
๕	ราชบุรี	๑๑	๑	๙.๐๙
๕	สมุทรสงคราม	๓	๑	๓๓.๓๓
๕	สมุทรสาคร	๒	๐	-
๕	สุพรรณบุรี	๑๐	๐	-
๕ ผลรวม		๖๖	๘	๑๒.๑๒

ผลการดำเนินงานตามมาตรการ

- ๑) มีความก้าวหน้าในการแก้ปัญหาการเงิน โดยใช้การปรับเกลียและนโยบายการยกหนี้ตามจ่ายเพื่อช่วยเหลือด้านสภาพคล่อง และกำหนดนโยบาย LOI เพื่อแก้ปัญหาทางการเงิน
- ๒) มีการจัดทำแผนทางการเงิน planfin และเปรียบเทียบผลการดำเนินงาน แต่ยังไม่เห็นความชัดเจนในการนำมาติดตามกำกับ
- ๓) การพัฒนาจัดทำต้นทุนบริการ เริ่มมีการดำเนินการผลักดันให้มีการจัดทำต้นทุนบริการ Unit cost แบบ Modified full cost ในจังหวัดนครปฐม
- ๔) มีการพัฒนาระบบและมีการติดตามประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง FAI ๔ ด้าน ได้แก่ การควบคุมภายใน การพัฒนาคุณภาพบัญชี การเพิ่มประสิทธิภาพการเงินการคลัง และการจัดทำต้นทุนบริการ พบว่าดำเนินการได้สำเร็จตามเป้าหมายทุกกิจกรรม

เขตสุขภาพที่ ๖ (ใช้วิธีการตรวจราชการแบบข้ามจังหวัด)

เขต	ชื่อจังหวัด	เป้าหมายไม่เกินร้อยละ ๑๐		ร้อยละ
		จำนวน รพ. (แห่ง)	รพ. ระดับ ๗ (แห่ง)	
๖	จันทบุรี	๑๒	๐	-
๖	ฉะเชิงเทรา	๑๐	๐	-
๖	ชลบุรี	๑๒	๐	-
๖	ตราด	๗	๐	-
๖	ปราจีนบุรี	๗	๑	๑๔.๒๙
๖	ระยอง	๙	๐	-
๖	สมุทรปราการ	๖	๐	-
๖	สระแก้ว	๙	๐	-
๖ ผลรวม		๗๒	๑	๑.๓๙

ผลการดำเนินงานตามมาตรการ

- ๑) คณะทำงาน และกลไกการทำงานร่วม เพื่อแก้ปัญหาในพื้นที่ สำหรับโรงพยาบาลที่มีปัญหาการเงิน และให้ความสำคัญในการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลบัญชีของโรงพยาบาล
- ๒) การจัดทำแผนทางการเงิน หรือ planfin ครบทุกแห่ง และมีการนำไปใช้เพื่อเฝ้าระวังสถานะทางการเงินโดยเฉพาะในจังหวัดตราด ปราจีนบุรี สมุทรปราการ
- ๓) การจัดทำต้นทุน มีการพัฒนาจัดทำต้นทุน แบบ Quick method โดยกำหนดผู้รับผิดชอบในการติดตามข้อมูลเพื่อจัดทำต้นทุนทุกเดือน
- ๔) มีการพัฒนาระบบและมีการติดตามประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง FAI ๔ ด้าน ได้แก่ การควบคุมภายใน การพัฒนาคุณภาพบัญชี การเพิ่มประสิทธิภาพการเงินการคลัง และการจัดทำต้นทุนบริการ พบว่าดำเนินการได้สำเร็จตามเป้าหมายทุกกิจกรรม

เขตสุขภาพที่ ๗

เขต	ชื่อจังหวัด	เป้าหมายไม่เกินร้อยละ ๑๐		ร้อยละ
		จำนวน รพ. (แห่ง)	รพ. ระดับ ๗ (แห่ง)	
๗	กาฬสินธุ์	๑๔	๒	๑๔.๒๙
๗	ขอนแก่น	๒๒	๔	๑๘.๑๘
๗	มหาสารคาม	๑๑	๐	-
๗	ร้อยเอ็ด	๒๐	๕	๒๕.๐๐
๗ ผลรวม		๖๗	๑๑	๑๖.๔๒

ผลการดำเนินงานตามมาตรการ

- ๑) มีคณะทำงานพัฒนากลไกการทำงานร่วม เพื่อแก้ปัญหาในพื้นที่สำหรับโรงพยาบาลที่มีปัญหาการเงิน ปรับเปลี่ยนงบประมาณ ยกหนี้ให้โรงพยาบาลขนาดเล็ก เช่น ในจังหวัดมหาสารคาม
- ๒) มีการติดตามแผนทางการเงิน หรือ planfin แต่ยังไม่สามารถควบคุมได้ตามแผนที่วางไว้
- ๓) การจัดทำต้นทุน แบบ Quick method และพัฒนาต่อเนื่อง
- ๔) มีการพัฒนาระบบและมีการติดตามประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง FAI ๔ ด้าน ได้แก่ การควบคุมภายใน การพัฒนาคุณภาพบัญชี การเพิ่มประสิทธิภาพการเงินการคลัง และการจัดทำต้นทุนบริการ พบว่าดำเนินการได้สำเร็จตามเป้าหมายทุกกิจกรรม

เขตสุขภาพที่ ๘

เขต	ชื่อจังหวัด	เป้าหมายไม่เกินร้อยละ ๑๐		ร้อยละ
		จำนวน รพ. (แห่ง)	รพ. ระดับ ๗ (แห่ง)	
๘	นครพนม	๑๐	๐	-
๘	บึงกาฬ	๘	๑	๑๒.๕๐
๘	เลย	๑๔	๑	๗.๑๔
๘	สกลนคร	๑๘	๑	๕.๕๖
๘	หนองคาย	๙	๔	๔๔.๔๔
๘	หนองบัวลำภู	๖	๑	๑๖.๖๗
๘	อุดรธานี	๒๑	๐	-
๘ ผลรวม		๘๖	๘	๙.๓๐

ผลการดำเนินงานตามมาตรการ

- ๑) มีคณะทำงาน และกลไกการทำงานร่วม เพื่อแก้ปัญหาในพื้นที่ โดยมีทีม CFO ออกตรวจเยี่ยม โรงพยาบาลวิกฤติ และโครงการพัฒนาประสิทธิภาพการเงิน (พปง.ระดับเขต) สำหรับโรงพยาบาลวิกฤติต่อเนื่อง
- ๒) มีการวิเคราะห์ปัญหาและติดตามควบคุมรายได้ค่าใช้จ่ายตาม Planfin นำเสนอที่ประชุมผู้บริหาร จังหวัดทุกเดือน
- ๓) มีการพัฒนาระบบและมีการติดตามประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง FAI ๔ ด้าน ได้แก่ การควบคุมภายใน การพัฒนาคุณภาพบัญชี การเพิ่มประสิทธิภาพการเงินการคลัง และการจัดทำต้นทุนบริการ พบว่าดำเนินการได้สำเร็จตามเป้าหมายทุกกิจกรรม

เขตสุขภาพที่ ๙

เขต	ชื่อจังหวัด	เป้าหมายไม่เกินร้อยละ ๑๐		ร้อยละ
		จำนวน รพ. (แห่ง)	รพ. ระดับ ๗ (แห่ง)	
๙	ชัยภูมิ	๑๖	๐	-
๙	นครราชสีมา	๓๑	๐	-
๙	บุรีรัมย์	๒๓	๐	-
๙	สุรินทร์	๑๗	๐	-
๙ ผลรวม		๘๗	๐	-

ผลการดำเนินงานตามมาตรการ

- ๑) มีคณะทำงาน และกลไกการทำงานร่วม เพื่อแก้ปัญหาในพื้นที่
- ๒) มีการตรวจสอบ ควบคุมกำกับ โดยใช้แผนทางการเงิน
- ๓) การจัดทำต้นทุน มีการวิเคราะห์ต้นทุนแบบ Quick method และ full method ในจังหวัดสุรินทร์ นครราชสีมา
- ๔) มีการพัฒนาระบบและมีการติดตามประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง FAI ๔ ด้าน ได้แก่ การควบคุมภายใน การพัฒนาคุณภาพบัญชี การเพิ่มประสิทธิภาพการเงินการคลัง และการจัดทำต้นทุนบริการ พบว่าดำเนินการได้สำเร็จตามเป้าหมายทุกกิจกรรม

เขตสุขภาพที่ ๑๐

เขต	ชื่อจังหวัด	เป้าหมายไม่เกินร้อยละ ๑๐		ร้อยละ
		จำนวน รพ. (แห่ง)	รพ. ระดับ ๗ (แห่ง)	
๑๐	มุกดาหาร	๗	๒	๒๘.๕๗
๑๐	ยโสธร	๙	๐	-
๑๐	ศรีสะเกษ	๒๒	๐	-
๑๐	อำนาจเจริญ	๗	๑	๑๔.๒๙
๑๐	อุบลราชธานี	๒๖	๒	๗.๖๙
๑๐ ผลรวม		๗๑	๕	๗.๐๔

ผลการดำเนินงานตามมาตรการ

- ๑) มีคณะทำงานและกลไกการทำงานร่วม เพื่อแก้ปัญหาในพื้นที่ พัฒนาทักษะบุคลากรบัญชี ออกตรวจคุณภาพบัญชี พัฒนาศูนย์จัดเก็บ
- ๒) การจัดทำแผนทางการเงิน หรือ planfin ครบทุกแห่ง และมีการตรวจสอบติดตามแผน
- ๓) ทุกจังหวัดมีการจัดทำต้นทุน OP IP แบบ Quick method เพื่อสะท้อนต้นทุนบริการทุกเดือน

๔) มีการพัฒนาระบบและมีการติดตามประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง FAI ๔ ด้าน ได้แก่ การควบคุมภายใน การพัฒนาคุณภาพบัญชี การเพิ่มประสิทธิภาพการเงินการคลัง และการจัดทำต้นทุนบริการ พบว่าดำเนินการได้สำเร็จตามเป้าหมายทุกกิจกรรม

เขตสุขภาพที่ ๑๑

เขต	ชื่อจังหวัด	เป้าหมายไม่เกินร้อยละ ๑๐		ร้อยละ
		จำนวน รพ. (แห่ง)	รพ. ระดับ ๗ (แห่ง)	
๑๑	กระบี่	๙	๑	๑๑.๑๑
๑๑	ชุมพร	๑๐	๐	-
๑๑	นครศรีธรรมราช	๒๐	๔	๒๐.๐๐
๑๑	พังงา	๙	๓	๓๓.๓๓
๑๑	ภูเก็ต	๓	๐	-
๑๑	ระนอง	๕	๐	-
๑๑	สุราษฎร์ธานี	๒๐	๑	๕.๐๐
๑๑ ผลรวม		๗๖	๙	๑๑.๘๔

ผลการดำเนินการตามมาตรการ

๑) มีคณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง เพื่อติดตามวิเคราะห์เฝ้าระวังสถานการณ์ด้านการเงินการคลัง และแก้ปัญหาวิกฤติการเงินการคลัง โดยใช้เครื่องมือเฝ้าระวังทางการเงิน HGR , NBS โรงพยาบาลที่ปัญหาการเงินเรื้อรังมีการปรับประสิทธิภาพด้วย LOI

๒) มีการใช้แผน Planfin เป็นมาตรการเพื่อควบคุมค่าใช้จ่าย ในทุกจังหวัดโดยเฉพาะที่เห็นได้ชัดเจนในจังหวัดสุราษฎร์ธานี

๓) มีการใช้ต้นทุน Unit Cost Quick Method เพื่อประเมินและเปรียบเทียบผลการดำเนินงาน และมีบางจังหวัดกำหนดเป็นนโยบาย ให้โรงพยาบาลทุกแห่งมีการดำเนินการจัดทำต้นทุน Modified Full Cost อย่างต่อเนื่อง (ภูเก็ต พังงา กระบี่)

๔) มีการพัฒนาระบบและมีการติดตามประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง FAI ๔ ด้าน ได้แก่ การควบคุมภายใน การพัฒนาคุณภาพบัญชี การเพิ่มประสิทธิภาพการเงินการคลัง และการจัดทำต้นทุนบริการ พบว่ากิจกรรมที่ยังดำเนินการไม่สำเร็จตามเป้าหมายคือ การควบคุมภายใน

เขตสุขภาพที่ ๑๒

เขต	ชื่อจังหวัด	เป้าหมายไม่เกินร้อยละ ๑๐		ร้อยละ
		จำนวน รพ. (แห่ง)	รพ. ระดับ ๗ (แห่ง)	
๑๒	ตรัง	๑๐	๑	๑๐.๐๐
๑๒	นราธิวาส	๑๒	๐	-
๑๒	ปัตตานี	๑๒	๑	๘.๓๓
๑๒	พัทลุง	๑๑	๖	๕๔.๕๕
๑๒	ยะลา	๘	๐	-
๑๒	สงขลา	๑๗	๓	๑๗.๖๕
๑๒	สตูล	๗	๕	๗๑.๔๓
๑๒ ผลรวม		๗๗	๑๖	๒๐.๗๘

ผลการดำเนินงานตามมาตรการ

๑) มีคณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง เพื่อติดตามวิเคราะห์ภาวะวังสถานการณ์ด้านการเงินการคลัง มีมาตรการ LOI และได้รับงบประมาณสนับสนุนเพิ่มเพื่อแก้ปัญหาทางการเงิน มีการจัดตั้งศูนย์จัดเก็บรายได้และคณะทำงานเพื่อพัฒนาการจัดเก็บรายได้

๒) มีการใช้แผน Planfin เป็นมาตรการเพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายในทุกจังหวัด

๓) มีการใช้ต้นทุน Unit Cost Quick Method เพื่อประเมินและเปรียบเทียบผลการดำเนินงาน

๔) มีการพัฒนาระบบและมีการติดตามประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง FAI ๔ ด้าน ได้แก่ การควบคุมภายใน การพัฒนาคุณภาพบัญชี การเพิ่มประสิทธิภาพการเงินการคลัง และการจัดทำต้นทุนบริการ พบว่าดำเนินการได้สำเร็จตามเป้าหมายทุกกิจกรรม

๔. ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่สำเร็จ**เขตสุขภาพที่ ๑**

- มีประชากรเบาบาง ต้นทุนสูง ดินพื้นที่ชายแดน และปัญหาสุขภาพที่กระทบต่อค่าใช้จ่าย
- มีปัญหาด้านข้อมูลการเรียกเก็บและคุณภาพบัญชี
- ยังขาดความชัดเจนในกระบวนการแก้ปัญหา การใช้เครื่องมือทางการบริหารการเงินการคลังและการทำงานขาดความเชื่อมโยงเป็นผลมาจาก Flow งานที่ไม่เชื่อมโยงกัน
- บุคลากรขาดความรู้ด้านการเงินการบัญชี โยกย้ายบ่อย

เขตสุขภาพที่ ๒

- บริบทของพื้นที่ เช่น พื้นที่ชายแดน มีผู้รับบริการไร้สิทธิจำนวนมาก
- ต้นทุนด้านเวชภัณฑ์มีค่าใช้จ่าย ที่สูงกว่าพื้นที่ราบด้วยต้นทุนค่าขนส่ง และ economic of scale ทำให้ unit cost สูงกว่าความเป็นจริง
- Service Utilization ต่ำกว่าเกณฑ์

- ขาดความต่อเนื่องของการควบคุมภายในและการตรวจสอบภายใน ทั้งในหน่วยบริการและระดับจังหวัด

เขตสุขภาพที่ ๓

- มีปัญหาเรื่องข้อมูลบริการและคุณภาพทางบัญชี

เขตสุขภาพที่ ๔

- มีปัญหาเรื่องการบันทึกข้อมูลบริการและคุณภาพทางบัญชีไม่ถูกต้อง การนำเข้าข้อมูลยังไม่เป็นปัจจุบัน

เขตสุขภาพที่ ๕

- การประเมินผล Planfin ยังมีความแตกต่างจากแผนที่ได้จัดทำไว้
- ผลการดำเนินงานตาม LOI ยังไม่ได้ตามค่าเป้าหมาย
- มีปัญหาเรื่องคุณภาพข้อมูลบัญชี

เขตสุขภาพที่ ๖

- ขาดบุคลากรด้านบัญชีด้าน IT และผู้ปฏิบัติงานยังขาดประสบการณ์
- ข้อมูลสำหรับบันทึกบัญชี ไม่ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา เนื่องจากขาดการประสานข้อมูล ความร่วมมือ

กำกับ ติดตาม จากหน่วยงาน

- มีต้นทุนค่ายาสูง และการบันทึกข้อมูลบริการยังไม่ครบถ้วน ถ้าทำให้ผลงานบริการต่ำกว่าโรงพยาบาลในขนาดเดียวกัน

เขตสุขภาพที่ ๗

- หน่วยบริการบางแห่งมีข้อจำกัดด้านการขยายการให้บริการที่เพิ่มขึ้น ข้อจำกัดด้านประชากร UC มีจำนวนน้อยกว่า ๒๕,๐๐๐ คน และภาระเงินเดือนบุคลากรค่อนข้างมาก

เขตสุขภาพที่ ๘

- งบประมาณที่ได้รับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่เพียงพอ เกณฑ์การจัดสรรเงินยังไม่สอดคล้องยุทธศาสตร์การทำงานสร้างนำซ่อม รวมทั้งยังขาดข้อมูลสนับสนุนในการบริหารจัดการปรับเปลี่ยที่เหมาะสม

- การปรับเพิ่มค่าแรง ค่าตอบแทนตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และการลงทุนขนาดใหญ่ตาม Service Plan ทำให้ส่งผลกระทบต่องบประมาณประจำของหน่วยงาน

- ผลกระทบจากการ Set Zero ของกระทรวงสาธารณสุขในช่วงปีงบประมาณ ๒๕๕๘

เขตสุขภาพที่ ๑๑

- ประสิทธิภาพการเรียกเก็บค่า มีรายได้จากการเรียกเก็บต่ำกว่าที่ควรได้ ซึ่งส่วนหนึ่งมาจากการบันทึกบัญชีผิดพลาด

- อัตราการครองเตียงและค่า CMI ต่ำ ค่าตอบแทนและค่าจ้างเหมาบริการสูงกว่าโรงพยาบาลในระดับเดียวกัน

เขตสุขภาพที่ ๑๒

- งบประมาณที่จัดสรรไม่เพียงพอต่อการดำเนินงาน ทำให้เกิดหนี้สะสมจำนวนมาก
- การบันทึกบัญชียังไม่เป็นไปตามนโยบาย
- ขาดการ Audit Chart จากทีมสหวิชาชีพ ทำให้สรุป Chart ช้า ไม่มีคุณภาพ
- ความเหมาะสมของภาระงานหรือ FTE และมีการเบิกค่าตอบแทน OT สูง

๕. ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

เขตสุขภาพที่ ๑

- ทุกจังหวัดมีการประสานความร่วมมือและนโยบายการทำงานชัดเจน มี CFO เข้มแข็ง มีระบบการเฝ้าระวังทางการเงิน และผู้บริหารระดับจังหวัดให้ความสำคัญ ในการแก้ไขปัญหาด้านการเงินการคลัง
- ให้ความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพทางการเงินบัญชี พัฒนาศักยภาพให้กับบุคลากร
- มีการติดตาม เร่งรัดการดำเนินงานตามแผน LOI ของหน่วยบริการ
- การรวม CUP ๕ CUP โซน ๓ ชื่อเครือข่าย “ดอยจันทน์ฟ้าแสนรู้” มีการบริหารงบประมาณร่วมกัน มีการใช้ทรัพยากร คน เงิน ของ ร่วมกัน เพื่อแก้ไขปัญหาภาวะวิกฤตของโรงพยาบาลที่ปัญหาการเงิน (เชียงราย)

เขตสุขภาพที่ ๒

- มีความชัดเจนในการทำงานของทีม CFO จังหวัด โดยมี นพ.สสจ.กำกับดูแลติดตามอย่างใกล้ชิด
- ความเสียสละของผู้บริหาร/ทีมงานระดับรพ.ชุมชนทั้งฝั่งตะวันตกและตะวันออก ทำงานภายใต้บริบทและทรัพยากรจำกัด

เขตสุขภาพที่ ๓

- ทีม CFO และกลุ่มงานที่เกี่ยวข้องมีความมุ่งมั่นและให้ความร่วมมือในการดำเนินการตามมาตรการที่กำหนดไว้ ทำให้บรรลุเป้าหมายได้ตามแผน
- มีการทำงานเชิงรุกเพื่อขึ้นทะเบียนจ่ายตรง ประชาสัมพันธ์ตรวจสอบสุขภาพประจำปี เพิ่มการรักษาทางเลือก เช่น ผิงเข็ม ๙ แผนไทย
- ปฏิบัติตามข้อสั่งการของผู้ตรวจราชการที่ขอให้ทุกหน่วยบริการให้ความสำคัญกับการทำทะเบียนคุมเจ้าหน้าที่และลูกหนี้และมีการสรุปนำเสนอให้ทีมบริหารจัดการการเงินการคลังของหน่วยบริการ (CFO) ทุกเดือน

เขตสุขภาพที่ ๔

- ผู้บริหารให้ความสำคัญในการพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลัง มีการกำกับติดตาม กำหนดแนวทางแก้ปัญหาร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ
- CFO จังหวัดมีการวิเคราะห์สถานการณ์และเสนอรายงานต่อ กวป.ประจำทุกเดือน
- พัฒนาคุณภาพบัญชีให้มีความถูกต้อง น่าเชื่อถือ โดย CFO กับนักบัญชี ตรวจสอบข้อมูลทางบัญชีทุกเดือน และใช้ Planfin ในการติดตาม monitor
- มีการช่วยเหลือในเรื่องการลดหนี้ผู้ป่วยนอก Cup ในจังหวัด
- มาตรการแก้ปัญหาการเงินที่ชัดเจน เช่น ปรับลดค่าตอบแทน
- เครือข่ายผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่ง ให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลกันเกี่ยวกับการบริหารจัดการทั้งด้านการเงิน ด้านการพัฒนาคุณภาพบริการเป็นภาพรวมของจังหวัด

เขตสุขภาพที่ ๕

- การปรับเกลี่ยงบกองทุนหลักประกันสุขภาพไปยังโรงพยาบาลที่เกิดภาวะวิกฤตทางการเงิน
- มีระบบ Auto Refer Back เพื่อลดความแออัดของ รพท. และเพิ่มอัตราครองเตียงของ รพช.

เขตสุขภาพที่ ๖

- ผู้บริหารระดับจังหวัดและหน่วยบริการคำนึงถึงการบริหารจัดการการเงินการคลัง การควบคุมค่าใช้จ่าย และให้ความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพบัญชี โดยการติดตามตรวจสอบบัญชีอย่างต่อเนื่อง
- มีรายได้เหมาะสมจ่ายรายหัวหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รายได้จากการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพ แรงงานต่างด้าวค่อนข้างสูง

เขตสุขภาพที่ ๗

- คณะกรรมการฯ มีการปรับเปลี่ยนงบประมาณจ่ายรายหัวเพื่อดูแลหน่วยบริการที่ขาดสภาพคล่องและยกหนี้ ให้แก่โรงพยาบาลขนาดเล็ก
- การบริหารการเงินการคลังโดยการมีส่วนร่วมจากผู้บริหารโรงพยาบาลทุกแห่ง

เขตสุขภาพที่ ๘

- มีการเฝ้าระวัง ให้ความช่วยเหลือโรงพยาบาลที่ขาดสภาพคล่อง และติดตามปัญหาอย่างใกล้ชิด และระบบ การเกลี่ยภายในจังหวัดเพื่อช่วยกันแก้ปัญหา
- การให้ความช่วยเหลือกันระหว่าง รพศ./รพท. และ รพช.โดยบูรณาการกับงาน Service Plan มีการ กระจายผู้ป่วยไปตามระดับหน่วยบริการอย่างเหมาะสม ทำให้เกิดผลงานบริการในทุกหน่วยบริการ
- ผู้บริหารระดับโรงพยาบาลตื่นตัวในเรื่องการบริหารการเงินการคลัง

เขตสุขภาพที่ ๙

- มีความชัดเจนในการให้หน่วยบริการ จัดทำแผนประมาณการรายรับ-รายจ่ายเงินบำรุงอย่างต่อเนื่อง จึงสามารถดำเนินการจัดทำแผนประมาณการรายได้-ควบคุมค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการตามที่กระทรวงกำหนดได้

เขตสุขภาพที่ ๑๐

- สร้างวินัยทางการเงินการคลัง บริหารงบประมาณแบบยืดหยุ่น
- ให้ความสำคัญในการตรวจสอบคุณภาพบัญชี

เขตสุขภาพที่ ๑๑

- ผู้บริหารให้ความสำคัญกับประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง อันมีผลกระทบต่อประสิทธิภาพการ ดำเนินงานโดยรวม และมีนโยบาย กำหนดกรอบ ตัวชี้วัด ในการดำเนินการด้านการเงินการคลังชัดเจน
- ทีมงานภาคีเครือข่ายระดับจังหวัดและระดับอำเภอเข้มแข็ง มีการประสานความร่วมมือ ทำให้การ ดำเนินการบรรลุเป้าหมาย และแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องการจัดเก็บรายได้
- คณะกรรมการมีการติดตามเฝ้าระวังสถานการณ์ด้านการเงินการคลังอย่างต่อเนื่อง และใช้ Planfin ในการกำกับติดตาม

เขตสุขภาพที่ ๑๒

- คณะกรรมการ CFO ทั้งระดับจังหวัดและหน่วยบริการ มีการประชุมทุกไตรมาส
- มีการควบคุม กำกับ ติดตาม และใช้แผนประมาณการรายได้-ค่าใช้จ่าย (Planfin) อย่างเคร่งครัด
- มีการจัดระบบพี่เลี้ยงในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกบัญชี
- การจัดตั้งศูนย์จัดเก็บรายได้และคณะทำงานเพื่อพัฒนาการจัดเก็บรายได้ของหน่วยบริการทุกแห่ง
- ใช้ระบบพี่ช่วยน้อง เพื่อนช่วยเพื่อน เช่น รพศ.ยะลา ดูแล รพท.เบตง รพช.รามันดูแล รพช.ในจังหวัด

๖. ข้อเสนอต่อส่วนกลาง/นโยบาย

เขตสุขภาพที่ ๑

- กำหนดนโยบายด้านประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังให้ต่อเนื่อง
- การกำหนดค่าใช้จ่ายขั้นต่ำที่จำเป็นในแต่ละระดับของหน่วยบริการให้ชัดเจน

เขตสุขภาพที่ ๒

- มีข้อสั่งการให้ผู้บริหารระดับจังหวัดและอำเภอร่วมกันวางมาตรการแก้ไขปัญหาโรงพยาบาลที่มีโอกาสวิกฤตสูงให้เกิดประสิทธิภาพ

เขตสุขภาพที่ ๔

- พัฒนาความรู้ด้านบัญชี การจัดทำต้นทุน การควบคุมภายใน ตลอดจนองค์ความรู้การบริหารจัดการเงินการคลัง (CFO) อย่างต่อเนื่อง

เขตสุขภาพที่ ๕

- เร่งรัดนโยบายประหยัดพลังงาน เช่น ลดจำนวนแอร์ , เปลี่ยนเป็นหลอดไฟฟ้าแบบประหยัดไฟ

- กำหนดแนวทางการบรรจุบุคลากรในกลุ่มลูกจ้างชั่วคราว และพนักงานกระทรวง ที่จะไม่เป็นภาระค่าใช้จ่ายและส่งผลกระทบต่อเกิดวิกฤตทางการเงิน

เขตสุขภาพที่ ๗

- ควรจัดระบบที่เอื้อในการให้คำปรึกษาการดำเนินงานด้านการเงินการคลัง ในระดับเขตและระดับกระทรวง

- จัดทำแผนสำหรับโรงพยาบาลที่เปิดใหม่ ทั้งด้านแผนบริการ แผนกำลังคน แผนงบลงทุนและแผนการบริหารจัดการการเงินการคลัง

เขตสุขภาพที่ ๑๐

- มีการพัฒนาทีมงานในระดับ CUP โดยเฉพาะ บทบาทด้านฝ่ายบริหารโรงพยาบาล ต้องให้ความสำคัญกับการวางระบบควบคุมภายใน ข้อมูล คุณภาพบัญชี เพื่อความเข้มแข็ง และยั่งยืน

- พัฒนาประสิทธิภาพศูนย์เรียกเก็บ/ระบบรายงานข้อมูลบริการให้ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา

เขตสุขภาพที่ ๑๑

- เงินเหมาจ่ายรายหัว UC ควรมีการตัดเงินเดือนระดับประเทศ เพื่อลดภาระจังหวัดที่มีประชากรน้อย และมีหน่วยบริการมาก

- ต้องกำหนดโครงสร้างของศูนย์จัดเก็บรายได้ของโรงพยาบาลให้ชัดเจนขึ้น

- ควรพัฒนาโปรแกรมย่อยที่จะช่วยให้นักบัญชีสามารถดึงข้อมูลต่างๆก่อนส่งได้ถูกต้อง รวดเร็วขึ้น แทนการนับด้วยตนเอง เช่น โปรแกรมตั้งลูกหนี้ เจ้าหนี้รายวัน เป็นต้น

- ใช้โปรแกรม NBS,HGR ในการวิเคราะห์ทุกโรงพยาบาล เพื่อการวางแผนแก้ปัญหาทางการเงินได้ตรงจุด

- ให้ความสำคัญกับตำแหน่งนักวิชาการการเงินและบัญชี เนื่องจากมีการลาออกและเปลี่ยนผู้รับผิดชอบบ่อย ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการพัฒนาระบบบัญชี

เขตสุขภาพที่ ๑๒

- ควรมีทีมสหวิชาชีพในการ Audit Chart มีแผนงานการดำเนินงานและการติดตามการสรุป Chart การตรวจสอบวิเคราะห์ก่อนการบันทึกข้อมูล เพื่อความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูล

- ควรมีคณะกรรมการตรวจประเมิน เรื่องคุณภาพบัญชี เป็นชุดเดียวกันทั้งเขตสุขภาพ เพื่อให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน

๗. นวัตกรรมที่เป็นแบบอย่าง

เขต ๑ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ มีการพัฒนาโปรแกรมการตรวจสอบระบบการ claim ทำให้โรงพยาบาลสามารถจัดเก็บรายได้ที่ครบถ้วน โปรแกรมการบริหารพัสดุ ยา และเวชภัณฑ์มีใช้ยา ที่สามารถจัดเก็บข้อมูลได้ครบถ้วน และมีแผนการถ่ายทอดให้โรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดเชียงราย โรงพยาบาลพะเยา และโรงพยาบาลเชียงคำ ในเดือนกันยายน ๒๕๕๙ รองรับการพัฒนาประสิทธิภาพด้านการเงินการคลัง

เขต ๗ มีทีมพัฒนาการออก Claim Round ไปยังหน่วยบริการ เพื่อเพิ่มศักยภาพในการเบิกขดเขย ค่าบริการทางการแพทย์และเพิ่มพูนรายได้ให้แก่หน่วยบริการ เน้นจุดอ่อนของโรงพยาบาลนั้นๆ เพื่อเพิ่มศักยภาพงาน Claim ของกองทุน UC สิทธิราชการ/อปท. พ.ร.บ. และประกันสังคม พร้อมทั้งบูรณาการกับการพัฒนาข้อมูล ๔๓ แฟ้ม ในโปรแกรม HosXp ระดับโรงพยาบาล

เขต ๘ มีการเฝ้าระวังปัญหาด้านการเงินการคลังที่สม่ำเสมอ มีทีมงานด้านการพัฒนาระบบบัญชีอย่างต่อเนื่อง ทำให้โรงพยาบาลที่มีความเสี่ยงได้รับทราบปัญหาและปรับตัวก่อน ทำให้ภาพรวมจังหวัดจังหวัดมีโรงพยาบาลวิกฤตระดับ ๗ ลดลงจาก ๑๒ แห่ง ในไตรมาส ๔ ปี ๒๕๕๘ เหลือ ๘ แห่ง ในไตรมาส ๓ ปี ๒๕๕๙ นอกจากนี้แล้วพบว่าจังหวัดมีกระบวนการในการปรับเกลี่ยเงินที่เหมาะสมตั้งแต่ช่วงต้นปี และในระดับโรงพยาบาลมีการช่วยเหลือด้านการเงินการคลังระหว่างกันจนทำให้สถานการณ์การเงินการคลังในภาพรวมดีขึ้น

.....